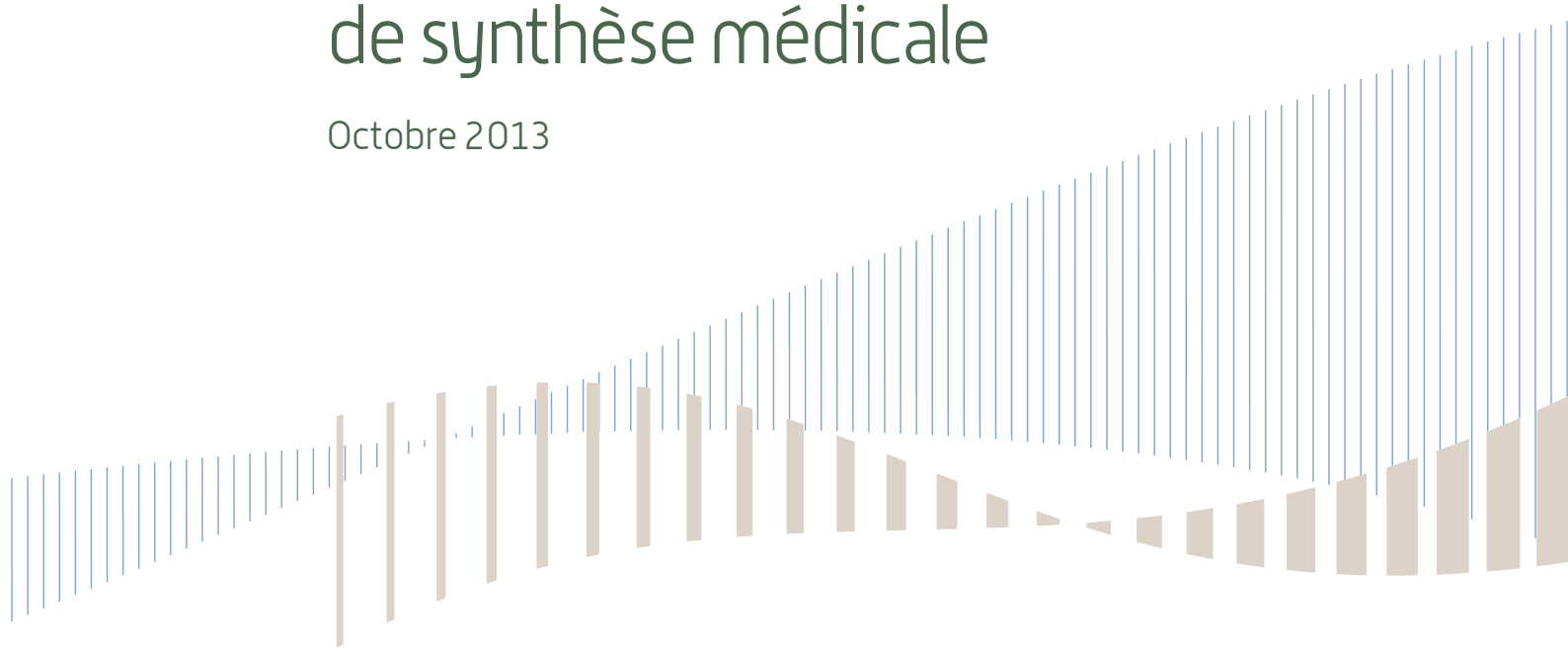
asipsanté
AGENCE DES SYSTÈMES D'INFORMATION PARTAGÉS DE SANTÉ

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Synthèse médicale

Volet de Synthèse Médicale (VSM) élaboré à partir du modèle métier de synthèse médicale

Octobre 2013



DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

1. *Convention Nationale organisant les rapports entre les Médecins Libéraux et l'Assurance Maladie signée le 26 juillet 2011*. **UNCAM, CSMF, FFMG, SML.** s.l. : Journal Officiel, 2011.

2. **ASIP Santé.** V*olet Structuration Minimale de Documents Médicaux*. CI-SIS. 2012. www.asipsante.fr.

3. **IHE Patient Care Coordination (PCC).** *Technical Framework - IHE International*. [ed.] IHE PCC. Final Text rev.6. 2012. Vol. 1&2.

4. **IHE Patient Care Coordination (PCC).** *Technical Framework Supplement CDA Content Modules* - IHE PCC. 2. 2011, September.

5. **Department of Health (DH)/Royal College of General Practitioners (RCGP)/British Medical Association.** The Good Practice Guidelines for GP electronic patient records v4. [En ligne] 21 03 2011. http : //www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_125350.pdf.

6. **HL7.** *Clinical Document Architecture Normative Edition (CDAr2) - HL7, Inc*. 2. September 25, 2005.

7. **ASIP Santé.** *Annexe Nomenclatures Métadonnées - CI-SIS*. v.1.0. 2009.

8. **ASIP Santé.** *Annexe Matrice d'Habilitations des PS en lecture - CI-SIS*. v1.3. 2012.

9. **ASIP Santé.** *Volet Modèles de Contenu CDA*. *CI-SIS*. 2013.

10. **IHE Patient Care Coordination (PCC).** *Technical Framework Supplement CDA Content Modules*. *2*. s.l. : IHE PCC, 2011, September.

11. **IHE Patient Care Coordination (PCC).** *Technical Framework*. [ed.] IHE PCC. Final Text rev.6. s.l. : IHE International, 2012. Vol. 1&2.

12. **Haute Autorité de Santé.** *Charte de qualité des bases de données sur les médicaments destinés à l'usage des LAP candidats à la certification de la HAS* - HAS. Juin 2008.

13. **Haute Autorité de Santé (HAS).** *Synthèse Médicale - Conclusions des travaux avec les partenaires conventionnels*. HAS. 2012.

Ce document comprend des termes issus de la nomenclature LOINC® protégés par copyright © et utilisables sans coût dans le respect du "copyright notice and license" publié à l'adresse http : //loinc.org/terms-of-use.

PRÉAMBULE

Dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle convention médicale signée le 26 juillet 2011 et approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 (1), les partenaires conventionnels ont sollicité la Haute Autorité de Santé pour avis, sur le contenu de la synthèse annuelle à élaborer par le médecin traitant pour remplir l'un des indicateurs du *volet organisation du cabinet et qualité de service* du dispositif sur objectifs de santé publique comme définis dans les articles 26.1 et 26.2 de la convention (1).

Les spécifications cliniques de la synthèse annuelle ont été définies par le groupe des parties prenantes[1] constitué par la HAS, au cours de deux réunions s'étant tenues le 1er février et le 22 mars 2012. Elles constituent le ***Modèle métier de la synthèse médicale***. La HAS a communiqué à l'ASIP Santé les résultats de ces travaux validés par le Collège de la HAS.

Le ***Volet de Synthèse Médicale*** (VSM) a été réalisé en se fondant sur le modèle métier de la synthèse médicale, ainsi que les spécifications techniques du *Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé* (CI-SIS) (2) et les spécifications techniques du domaine international *IHE Patient Care Coordination* (PCC) (3 ; 4).

Le présent document a comme objectif de restituer la totalité des travaux ayant permis l'élaboration du Volet de contenu de la Synthèse Médicale à partir du Modèle métier. Il illustre également la complémentarité entre les travaux de la HAS et de l'ASIP Santé pour délivrer les spécifications indispensables à la création de valeur au sein des logiciels métier de l'ensemble des professionnels de santé et améliorer ainsi les conditions d'échanges et de partage d'informations médicales indispensables à l'efficience du parcours de soins.

[1] Groupe des parties prenantes comprenant un représentant de chaque structure signataire de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie :
- Union nationale des caisses d'assurance maladie,
- Confédération des syndicats médicaux français,
- Fédération française des médecins généralistes,
- Syndicat des médecins libéraux,
- Fédération des médecins de France

SOMMAIRE

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE 2

PRÉAMBULE 3

1. MODÈLE MÉTIER ÉLABORÉ PAR LA HAS 6

1.1. Méthode de travail

1.2. Définition du modèle métier

1.3. Conclusion des spécifications métier

2. VOLET DE CONTENU ÉLABORÉ PAR L'ASIP SANTÉ 15

2.1. Introduction

2.2. Positionnement du Volet Synthèse Médicale dans le CI-SIS

2.3. Pré-requis

2.4. Spécifications techniques du modèle

2.5. Dispositions de Sécurité

3. ANNEXES 44

3.1. Comparaison de l'ensemble des synthèses analysées

3.2. Listes des tables du document

3.3. Listes des exemples du document

3.4. Documents fournis avec le volet VSM

3.5. Maquette de formulaire de saisie du VSM

1. MODÈLE MÉTIER ÉLABORÉ PAR LA HAS

1.1. Méthode de travail

Pour la réalisation et la validation du contenu métier de la synthèse médicale qui lui a été assignée, la méthodologie utilisée a consisté à réaliser une revue de la littérature sur le sujet de la synthèse médicale, puis à susciter, autour des thèmes qui se dégageaient de cette revue, une discussion du groupe des parties prenantes métier constitué des partenaires conventionnels.

1.1.1. Analyse de la littérature

1.1.1.1. Méthodologie

La recherche[2] et l'analyse de la littérature ont été réalisées entre décembre 2011 et janvier 2012 afin de répondre aux questions suivantes :

- Des synthèses médicales ont-elles déjà été définies ?
- Pour quels objectifs ?
- Avec quel contenu ?

Quatorze descriptions de synthèse médicale (cf. Annexe 3.1) ont été repérées au niveau international et analysées. En outre, trois synthèses médicales décrites en France ont été retenues dans l'analyse dont celle proposée par les partenaires conventionnels le 17/11/2011.

1.1.1.2. Analyse

Ces synthèses médicales sont portées par différents auteurs/organismes (Sociétés savantes, financeurs, Agences en charge de l'interopérabilité des systèmes d'information) et définies dans le cadre d'objectifs différents tant d'un point de vue de la pratique médicale que d'un point de vue informatique.
Les documents retenus et analysés précisent, pour chacune des synthèses, les rubriques retenues et le cas échéant les éléments inclus dans ces rubriques (caractérisation)[3].

La HAS propose de dissocier les exigences de pratique médicale et les exigences qui concernent les outils informatiques dans la mesure où elles ne peuvent être ni élaborées selon la même méthodologie ni diffusées selon la même temporalité.

1.1.2. Constitution du groupe des parties prenantes

Le groupe des parties prenantes composé de un ou deux représentants de chaque structure signataire de la Convention nationale des médecins spécialistes et généralistes :

- Union nationale des caisses d'assurance maladie,
- Confédération des syndicats médicaux français,
- Fédération française des médecins généralistes,
- Syndicat des médecins libéraux,
- Fédération des médecins de France.

Ce groupe s'est réuni deux fois : une première séance a eu lieu le 1er février 2012, la seconde s'est tenue le 22 mars 2012.

1.1.3. Déroulement des séances de travail

1.1.3.1. Réunion du 1er février 2012

Pour chaque rubrique (ensemble de données) décrite dans la littérature, le groupe a :

- passé en revue les synthèses dans lequel elle figurait et les éventuels éléments de caractérisation du contenu ;
- engagé une discussion sur l'intérêt de retenir ou non la rubrique en termes, d'une part, de qualité et de sécurité des soins et, d'autre part, de « faisabilité » dans la pratique quotidienne jusqu'à obtention d'un consensus. Certaines questions sont restées en suspens.

Notons que la notion de « faisabilité » intégrait tant les possibilités actuelles des logiciels métiers que la façon dont les médecins complètent actuellement leurs dossiers médicaux informatisés. Ces deux éléments étant amenés à évoluer, il a été décidé que la synthèse médicale ainsi définie ferait l'objet d'une structuration progressive.

1.1.3.2. Réunion du 22 mars 2012

Les décisions prises le 1er février ont été revues pour validation ou non et précisions le cas échéant. La notion de faisabilité a été particulièrement prise en compte, le groupe des partenaires conventionnels rappelant que pour la première étape il fallait rester sur un document très simple afin que les professionnels puissent s'engager dans cette démarche.

[2] Recherche documentaire faite surMedline sans limite de date ni de langue à partir des mots clés suivants : Summary Care Records OR Patient Summary OR Emergency Care Summary OR Electronic Summary Record OR The Integrated Summary OR Computer-Generated Patient Summary.
En complément, une recherche de littérature grise, francophone et anglophone, a été effectuée afin d'identifier les rapports disponibles sur le sujet et des documents présentant le contenu descriptif de la « synthèse médicale » au niveau international.

[3] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/synthese_medicale_quel_contenu_analyse_bibliographique.pdf

1.2. Définition du modèle métier

1.2.1. Contenu de la Synthèse Médicale

1.2.1.1. Éléments d'analyse

En termes d'objectif médical, les synthèses médicales trouvées dans la littérature et élaborées par le médecin sont destinées selon les cas :

- au médecin traitant lui-même ou à un éventuel remplaçant ;
- à la prise en charge du patient en cas de soins urgents ou non programmés, en particulier par des acteurs de soins ne prenant pas habituellement en charge le patient ;
- aux autres acteurs de soins collaborant habituellement à la prise en charge du patient ;
- au patient qui envisage de voyager à l'étranger ;
- à un spécialiste lors de l'adressage du patient ;
- à un autre médecin traitant en cas de changement.

En termes de support, ces synthèses sont, selon les cas :

- disponibles dans un logiciel métier (LGC) ;
- mises à dispositions dans les EHR-like system ;
- transférables entre systèmes d'informations.

Concernant le terme « annuelle », il a été convenu que le terme « annuelle » faisait référence à la « justification annuelle » à fournir par le médecin selon les termes de l'accord conventionnel.

1.2.1.2. Points de débat

La question a été soulevée de savoir si cette synthèse était destinée en premier lieu au médecin traitant lui-même ou aux autres professionnels de santé prenant aussi en charge le patient. Les partenaires conventionnels ont considéré que la synthèse décrite ici pourrait servir de base à d'autres documents auxquels seraient ajoutés ou retirés des éléments en fonction du destinataire.

1.2.1.3. Décision

Le groupe des partenaires conventionnels arrête que la synthèse médicale définie ici est destinée au médecin traitant pour faciliter la prise en charge de ses patients, améliorer la qualité des soins. Elle est mise à jour autant que de besoin.

Le patient peut en être le destinataire au même titre que de tout document médical.

Par rapport à l'analyse de la littérature, la valeur d'usage ainsi définie – synthèse destinée au médecin traitant – est semblable à celle des synthèses médicales proposées par le *Royal Australian College of General Practitionner (RACGP)*, le *College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO)*, et de la synthèse intégrée de Stelman publiée sur le site de l'AAFP *(American Academy of Family Physician)*.

TABLEAU 1 – COMPARAISON DE LA VALEUR D'USAGE ARRÊTÉE PAR RAPPORT À CELLES DE LA LITTÉRATURE ANALYSÉE

Source	Destination de la synthèse destinée	Support
Health Summary RACGP (Australie)	*Health summaries assist in providing ongoing care, both within the practice and on referral to other healthcare providers. A good health summary assists the patient's own GP, other GPs in the practice, locums, registrars and students to rapidly obtain an overview of all components of the patient's care.*	LGC
Cumulative Patient Profile CPSO (Ontario)	*Allowing the treating physician, or any other health care professional using the chart, to quickly get the picture of the patient's overall health*	LGC
Integrated summary AAFP	*Au praticien lui-même "a single concise page kept topmoston the left side of the chart"*	LGC

Dans la suite du document, les éléments d'analyse feront le plus souvent référence à ces trois synthèses.

1.2.2. Traitements

1.2.2.1. Éléments d'analyse

Les traitements figurent systématiquement dans toutes les synthèses médicales. En revanche, on observe des différences au niveau des types de traitements à faire figurer : traitements de fond et/ou liste des traitements en cours.
Parmi les trois synthèses internationales comparables en termes de valeur d'usage, deux retiennent les traitements au long cours.

Source	Rubrique
RACGP	Current medicines list
CPSO	Long-term ttt regimen
AAFP	Chronic medication

1.2.2.2. Point de débat

Lors de la réunion du 1er février 2012, le groupe des partenaires conventionnels avait retenu une rubrique « Traitements médicamenteux chroniques ». Il propose de remplacer « chronique » par « au long cours », qui lui apparaît plus large.

1.2.2.3. Décision

- Le groupe des partenaires conventionnels retient une rubrique traitements médicamenteux « au long cours ».
- En cas de traitement, médicamenteux ou non, ponctuel mais significatif, les partenaires conventionnels proposent de le faire figurer dans la rubrique « Points de vigilance ».

1.2.3. Allergies

1.2.3.1. Éléments d'analyse

Dans la littérature, cette rubrique sous forme individualisée figure dans la plupart des synthèses de la littérature et notamment dans celles de RACGP et de CPSO. Les allergies figurent sous forme d'item individualisé dans la rubrique[3] « antécédents » de la synthèse intégrée (AAFP).

Source	Rubrique
RACGP	Known allergies / Adverse drug reactions
CPSO	Allergies and drug reactions
AAFP	Allergy

En termes de caractérisation, différents termes sont utilisés dans les synthèses :
- Allergies,
- Allergies et intolérances,
- Known allergies / Adverse drug reactions,
- Allergies and drug reactions,
- Allergies and adverse reactions to medications,
- Allergies / Adverse reactions,
- Risks : Allergies, adverse drug reactions, social factors, Other,
- Health risk data,
- Medical alert information such as allergies,
- Medication Allergy List.

On notera que le RACGP précise dans ses recommandations que « *Quand il n'y a pas d'allergies connues, il est important de renseigner dans le dossier du patient "aucune allergie connue" afin d'indiquer que cela a été vérifié.* »

1.2.3.2. Points de débat

Lors de la réunion 1er février 2012, le groupe des partenaires conventionnels avait retenu une rubrique « Allergies et intolérances médicamenteuses », comprenant les allergies (médicamenteuses ou non) et les intolérances médicamenteuses et effets indésirables. Cette décision initiale a soulevé plusieurs interrogations de la part du groupe des partenaires conventionnels le 23 mars 2012 :
- Cette rubrique ne contiendrait-elle que les allergies médicamenteuses ou tout type d'allergies, médicamenteuses ou non ? Pour certains participants, les allergies non médicamenteuses devraient figurer dans les antécédents.
- La distinction entre « allergie médicamenteuse » et « intolérance médicamenteuse » n'est pas simple. Pour simplifier, le groupe des partenaires conventionnels propose que « Allergies et intolérances médicamenteuses » soit inclus dans la rubrique Antécédents.
- Suite à la réunion du 1er février 2012, la HAS a soulevé la question d'indiquer systématiquement l'absence d'allergie ou d'effet indésirable connu. Le groupe considère que la synthèse ne devrait contenir que les éléments en « positif » pour éviter de faire figurer une liste d'éléments qui n'existent pas, alourdissant le document.

1.2.3.3. Décision

- Le groupe des partenaires conventionnels retient d'intégrer « Allergies et intolérances médicamenteuses » dans la rubrique Antécédents. Celle-ci comprendrait[4] les allergies (médicamenteuses ou non) et les intolérances médicamenteuses et effets indésirables.
- Le groupe retient de ne faire figurer que les éléments « en positif » dans la synthèse médicale.

[3] « / » signifie deux rubriques différentes
[4] Séance du 1er février2012

1.2.4. Liste des problèmes en cours / antécédents / faits marquants

1.2.4.1. Éléments d'analyse

Il est noté que la rubrique « Faits marquants et propositions thérapeutiques au cours de l'année » ne figure que dans les propositions françaises.

Les partenaires conventionnels soulèvent la difficulté d'individualiser les « antécédents personnels » des « pathologies en cours » dans la pratique quotidienne ; chaque médecin ayant sa vision propre.

Les trois synthèses étrangères comparables en termes de valeur d'usage individualisent dans deux rubriques différentes la « liste des problèmes en cours » et les « antécédents personnels ». Les synthèses RACGP et CPSO individualisent dans une ou deux autres rubriques histoire familiale et histoire sociale, alors que la synthèse intégrée (AAFP) les inclut dans les antécédents.

Concernant la caractérisation des antécédents personnels, RACGP et CPSO retiennent les éléments « significatifs » : *« Relevant past health history »* and *« past serious illness »*.

Dans ses recommandations, le RACGP insiste tout particulièrement sur l'utilité de mentionner « l'histoire sociale », considérant que de nombreux événements sociaux importants pour le patient peuvent modifier ses capacités d'adaptation, la structure familiale (par ex, naissance, séparation, divorce, décès d'un membre de la famille) et son travail, pouvant alors modifier les préférences et valeurs du patient et le contexte de soins.

De plus, certains aspects de l'histoire sociale d'un patient peuvent accroître le risque d'une « mauvaise » santé.

Le RACGP précise que lorsqu'un professionnel de l'équipe médicale voit le patient et constate qu'il n'y a pas d'antécédents médical, familial ou social significatifs, cela devrait être précisé dans la synthèse médicale pour signifier que les questions appropriées ont été posées.

À noter que dans ses recommandations, le RACGP insiste sur l'intérêt de coder les diagnostics et les antécédents pour éviter l'ambigüité des descriptions en texte libre.

1.2.4.2. Points de débat

■ Le groupe des partenaires conventionnels a initialement retenu une rubrique générique « Antécédents personnels » sans distinction entre antécédents personnels et liste des pathologies en cours et proposait de garder une rubrique « antécédents familiaux » indépendante des antécédents personnels. La distinction entre « pathologies en cours » et « antécédents » a été rediscutée le 23 mars 2012 et le groupe propose de conserver les deux termes pour caractériser la rubrique.

■ Suite à la réunion du 1er février 2012, la HAS proposait de préciser les éléments significatifs à faire figurer dans la rubrique « Antécédents », comme l'a fait le *Royal College of General Practitioners* pour enrichir le contenu du GP Summary dans le Summary Care Record (5) :

- diagnostics majeurs,
- états qui peuvent avoir une évolution chronique ou récidivante,
- états pour lesquels le patient reçoit des traitements itératifs,
- états persistants et qui sont des contre-indications sérieuses pour des classes médicamenteuses,
- Interventions chirurgicales majeures,
- Thérapies significatives et plans de traitement,
- investigations significatives,
- fractures,
- vaccins.

Le groupe des partenaires n'a cependant pas retenu cette proposition.

■ Concernant le contenu de la rubrique « Faits marquants et propositions thérapeutiques au cours de l'année », qui n'avait pas été précisé en tant que tel lors de la réunion du 1er février 2012, le groupe des partenaires conventionnels souhaite simplifier l'intitulé de cette rubrique, le remplaçant par « Points de vigilance » ou « points d'attention ». Cette rubrique sera rédigée en texte libre par le médecin. Elle pourra comprendre un traitement (médicamenteux ou non) ponctuel mais significatif ou des résultats d'examens particulièrement significatif ou des commentaires.

Source	Liste des problèmes en cours	Faits marquants	ATCD personnels	Histoire familiale et sociale
RACGP	Current health problems		Relevant past health history	Relevant family history / Relevant social history including cultural background where clinically relevant
CPSO	Ongoing health conditions		Past med. history (past serious illness, operations, accidents, genetic history) / Risk factors / Major investig.	Personal and family data (occupation, life events, habits, family medical history)
AAFP	Problem list		Past medical history : allergy, surgery, other hospi, OB/Birth Hx, Inactive problems, tabac, alcool, drogues, family med Hx, Social Hx	

1.2.4.3. Décision

■ Le groupe des partenaires conventionnels propose une rubrique intitulée : « Pathologies en cours et antécédents personnels dont les allergies » (voir paragraphe suivant).

■ Le groupe propose une rubrique rédigée par le médecin en texte libre intitulée « Points de vigilance » ou « points d'attention ».

1.2.5. Habitus et antécédents personnels

1.2.5.1. Éléments d'analyse

Cette rubrique comprend dans la littérature : alcool, tabac, activité physique (sédentarité), voire alimentation.

Dans les trois synthèses étrangères comparables en termes de valeur d'usage, cette rubrique est individualisée dans la synthèse proposée par le RACGP et incluse dans la rubrique « antécédent » ou « histoire familiale » pour les deux autres.

Source	Habitus
RACGP	Health risk factors : smoking, nutrition alcohol and physical activity
CPSO	*Habits* (dans rubrique *Personnal and family data*)
AAFP	*Tabac, alcool, drogue* (dans rubrique *Past medical history*)

1.2.5.2. Points de débat

■ Lors de la réunion du 1er février 2012 le groupe des partenaires conventionnels, tout en reconnaissant l'utilité de cette rubrique en termes de prise en charge, a soulevé la difficulté de «quantifier» les items alcool, tabac, sédentarité, etc. et sa faisabilité dans le cadre de l'accord conventionnel. La question avait été posée de laisser le médecin préciser, s'il le souhaite, les habitus (sans les quantifier de façon standard) dans la rubrique « antécédents » dans la première version. Cependant, la HAS posait la question de l'intérêt d'individualiser les habitus dès la proposition initiale.

■ Lors de la discussion du 22 mars 2012, le terme « habitus » est remis en question. La HAS avait fait remarquer à cette occasion l'intérêt qu'il y aurait d'individualiser les habitus dès la proposition initiale, cette rubrique importante étant déjà structurée dans certains LGC et amenée à l'être dans les autres. S'ils sont initialement inclus dans les antécédents, il pourrait être difficile de les individualiser ensuite, notamment dans la perspective de poursuivre la structuration de la synthèse médicale.

Le terme « facteurs de risque » est préféré. Et certains participants proposent d'associer les facteurs de risque liés au mode de vie (alcool, tabac, etc.) aux antécédents familiaux, ces derniers étant intéressants à noter lorsqu'ils constituent des facteurs de risque.

1.2.5.3. Décision

Le groupe des partenaires conventionnels propose d'inclure, dans la rubrique « Pathologies en cours et antécédents personnels dont les allergies », une sous-rubrique « Facteurs de risque » comprenant les facteurs de risque liés au mode de vie et ceux liés aux antécédents familiaux. La rubrique devient « Pathologies en cours, antécédents personnels dont les allergies et Facteurs de risque ».

1.2.6. Vaccins

1.2.6.1. Éléments d'analyse

Dans les trois synthèses internationales comparables en termes de valeur d'usage, cette rubrique est individualisée dans la synthèse proposée par le RACGP et incluse dans la partie « Health maintenance » (plan de prévention) du CPSO. Pour la synthèse intégrée (AAFP), les vaccinations répétées mais sur des délais longs figurent dans les antécédents (comme tétanos diphtérie et antipneumococcique quand cela est approprié) et le vaccin contre la grippe dans la rubrique « Plan de prévention ».

1.2.6.2. Point de débat

Les partenaires conventionnels s'interrogent sur les vaccins à identifier dans le cadre de cette synthèse et les critères de choix pour retenir les uns ou les autres.

1.2.6.3. Décision

Le groupe des partenaires conventionnels ne souhaite pas individualiser cette rubrique dans la première version de la synthèse médicale mais de la prévoir dans une version ultérieure.

1.2.7. Principales constantes / éléments biologiques / Résultats d'examens

1.2.7.1. Éléments d'analyse

Dans les trois synthèses étrangères comparables en termes de valeur d'usage, cette rubrique ne figure pas dans la synthèse de RACGP ni dans celle de CPSO. En revanche, les principaux éléments biologiques figurent dans la synthèse intégrée (AAFP) en fonction des pathologies du patient.

Dans les autres synthèses de la littérature qui incluent les principales constantes ou des résultats biologiques, ces données sont individualisées dans une rubrique.

1.2.7.2. Point de débat

Les partenaires conventionnels s'interrogent sur la pertinence d'une valeur de PA prise isolément et pensent que les examens biologiques type HbA1c dépendant des pathologies chroniques du patient seront inclus de fait dans « Faits marquants et propositions thérapeutiques au cours de l'année ».

Le groupe s'interroge également sur la pertinence de placer une rubrique « Principales constantes / éléments biologiques » dans la première version de la synthèse.

L'évolution en cours des logiciels médicaux, l'intégration en cours du jeu de valeurs LOINC par l'ensemble des laboratoires et la possibilité de récupérer les résultats biologiques via HPRIM2 laissent à penser que de plus en plus de médecins auront, dans un avenir assez proche, une implémentation automatique des résultats biologiques dans les dossiers patients. Il serait alors inopportun de les recopier à la main avec tous les risques d'erreur de copie que cela comporte.

La HAS propose donc de garder cette rubrique individualisée mais dont le remplissage serait laissé à l'appréciation de chacun dans la première version.

1.2.7.3. Décision

Le groupe des partenaires conventionnels confirme de ne pas vouloir individualiser une rubrique résultats d'examens dans la première version. Si des résultats biologiques sont remarquables, le groupe des partenaires conventionnels considère qu'ils sont à indiquer dans la rubrique « Points de vigilance » (Points d'attention).

1.2.8. Plan personnalisé de soins/prévention

1.2.8.1. Éléments d'analyse

Dans les trois synthèses étrangères comparables en termes de valeur d'usage, le CPSO retient un plan de prévention (Health maintenance) mais il semblerait ne pas être systématique. La synthèse intégrée (AAFP) inclut quant à elle cette rubrique. Le plan de prévention ne figure pas dans la synthèse du RACGP.

1.2.8.2. Point de débat

La HAS précise qu'elle mène un travail structuré sur les plans personnalisés de soins et qu'elle pourra participer aux modalités de définition.

1.2.8.3. Décision

Le groupe confirme la décision du 1er février 2012 de ne pas individualiser une rubrique « Plan de soins » dans la première version.

1.2.9. Partie administrative

1.2.9.1. Éléments d'analyse

Les rubriques administratives trouvées au moins dans l'une des synthèses sont :

- État civil du patient,
- Coordonnées du MT,
- Correspondants,
- Date de création de la synthèse,
- Auteur,
- Volontés du patient.

1.2.9.2. Décision

Outre les coordonnées du patient, le nom du médecin traitant et la « date de mise à jour », le groupe des partenaires conventionnels retient d'ajouter une signature en fin de document dès lors qu'il est imprimé pour le patient.

1.2.10. Chapeau introductif

1.2.10.1. Point de débat

La question est soulevée par la HAS de faire un mode d'emploi très concret pour renseigner cette synthèse (document de type 4 pages). Le groupe des partenaires conventionnels préfèrent une introduction précisant l'objectif et quelques points clés de son remplissage (par ex. ne figurent dans cette synthèse que les éléments positifs).

1.2.10.2. Décision

Le groupe des partenaires conventionnels retient d'ajouter une introduction spécifiant l'objectif de cette synthèse et quelques points clés du remplissage.

1.3. Conclusion des spécifications métier

Au total, le groupe des partenaires conventionnels propose que la synthèse médicale définie dans le cadre de la convention médicale soit destinée au médecin traitant et mise à jour autant que de besoin. Elle comprend dans sa première version les rubriques suivantes complétées « en positif » (les éléments absents ne sont pas spécifiquement précisés) :

Rubriques
Coordonnées patient
Coordonnées MT
Date de mise à jour
Pathologies en cours et Antécédents (ATCD) personnels (y compris allergies et intolérances médicamenteuses) et Facteurs de risque (FdR) (comprenant : ATCD familiaux, FdR liés au mode de vie [Alcool, tabac, activité physique, alimentation], FdR professionnels)
Traitements au long cours
Points de vigilance (ou points d'attention) (Rédigés en texte libre par le MT)
Signature (en cas d'impression)

Les vaccins, les résultats d'examens et le plan de prévention pourraient être inclus dans une version ultérieure. Avancer par étapes successives a l'avantage de donner une lisibilité claire aux éditeurs pour faire évoluer les logiciels de façon pertinente, de finaliser les travaux (de définition) en cours et de laisser le temps aux professionnels de santé de s'adapter aux évolutions des logiciels. Cependant, il semble important de ne pas demander au niveau de la synthèse médicale des structurations aujourd'hui qui seront remises en cause demain.

2. VOLET DE CONTENU ÉLABORÉ PAR L'ASIP SANTÉ

2.1. Introduction

Comme pour tout volet de contenu du *Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé* (CI-SIS) de l'ASIP Santé, le modèle technique de document sur lequel il se fonde est un modèle au format CDA R2. Il définit les *sections*, les *entrées* et les *vocabulaires codés* utilisés. Le volet de contenu définit la structuration du document échangé ou partagé entre le logiciel émetteur (ici typiquement le logiciel métier du médecin de ville) et le logiciel receveur (par exemple le logiciel métier d'une structure hospitalière ou d'un médecin spécialiste). Il ne présage pas de la structuration des données au sein des logiciels métiers mais spécifie complètement la qualité du connecteur d'importation ou d'exportation de ces données dans ces logiciels. L'échange ou le partage de ce document pourront se réaliser selon les attentes en s'appuyant sur le service le plus adapté au processus métier (messagerie sécurisée, DMP…).

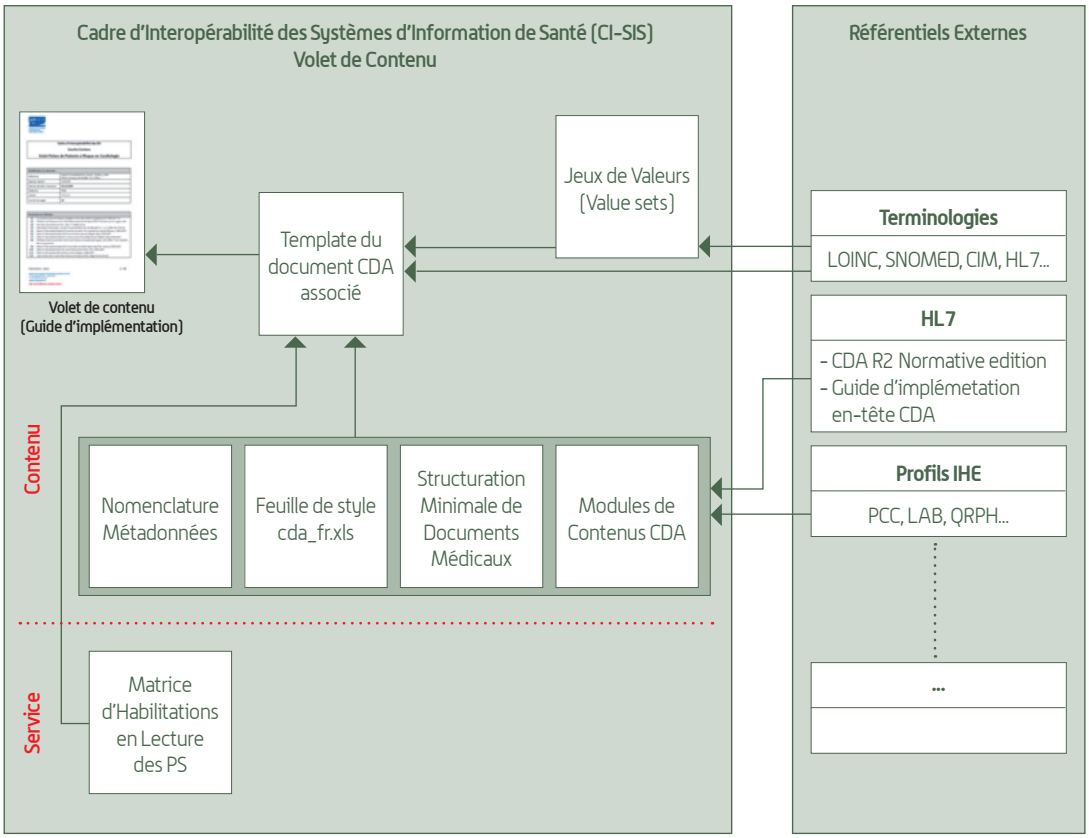
Les règles de syntaxe de CDA permettent pour une section donnée de présenter l'information médicale sous un format texte, accompagné ou non d'éléments codés. Ces derniers permettent l'exploitation des données médicales par le système d'information receveur intégrant cette information.
Cette possibilité de mixité texte/code permet une implémentation progressive dans le connecteur du logiciel du modèle métier spécifié par la HAS tout en préservant l'objectif en cible d'un document entièrement codifié dans les vocabulaires spécifiés.
Cette progressivité affranchit l'interropérabilité des logiciels à la fois des stratégies d'implémentation du volet de contenu dans les logiciels (les premières implémentations seront basées sur des éléments textuels, puis les versions ultérieures implémenteront des éléments codés) et également des évolutions du modèle métier des prochaines années (ajout de nouvelles sections comme des éléments de prescription spécifiés dans les travaux *ad hoc* sans remettre en cause l'architecture générale du document).
Le VSM est un guide d'implémentation définissant un niveau de structuration et un niveau de détail jugés utiles par les cliniciens, pour leur apporter l'information pertinente et nécessaire afin d'assurer dans les meilleures conditions possibles le suivi et la coordination des soins dispensés à un patient.
La structuration des données a de ce fait été plus ou moins poussée, selon qu'il apparaissait important au clinicien qu'une information fût ou non délivrée dans un format structuré. Le modèle défini dans ce volet tient compte de cette pondération, mais autorise cependant qu'une structuration plus complète des données puisse être réalisée, les deux modèles d'information restant dans tous les cas compatibles au CI-SIS.

2.2. Positionnement du Volet Synthèse Médicale dans le CI-SIS

Le Volet de Synthèse Médicale (VSM) fait partie de la couche *Contenu* du Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé. Il spécifie le modèle de document utilisé pour la synthèse médicale dans le format CDA R2.

Le VSM respecte les règles communes applicables à l'ensemble des documents médicaux, définies par le volet *Structuration Minimale de Documents Médicaux* (2) de la couche Contenu du Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé (CI-SIS), ce dernier volet s'appuyant lui-même sur le standard CDA R2, dans son édition normative de 2005 (6).
Le modèle de document décrit par le VSM se rattache au type de document *Synthèse* (SYNTH) répertorié dans l'annexe *Nomenclatures Métadonnées* (7), ainsi que dans l'annexe *Matrice d'Habilitations* (8) qui précise les habilitations des professionnels de santé en lecture de ce type de document.

FIGURE 1 - LE VOLET DE SYNTHÈSE MÉDICALE DANS LE CI-SIS



2.3. Pré-requis

Le partage et l'échange de synthèses médicales sous la forme de documents électroniques conformes au modèle spécifié dans le présent volet, sont soumis aux prérequis suivants :

■ Le système initiateur (émetteur de la synthèse) doit être capable d'identifier tous les intervenants (personne physique et personne morale) ayant participé à la production de la synthèse d'épisode de soins, conformément au référentiel des PS et des organisations de santé publié par l'ASIP Santé. Ces intervenants doivent figurer dans le document en regard des actes qu'ils ont effectués ou des résultats qu'ils ont produits ou validés.

■ L'ensemble des systèmes impliqués doivent exploiter l'identifiant national de santé (INS) du patient dans le cadre d'un partage de documents (DMP). Dans tous les autres cas (messageries sécurisées, …), cette option est facultative, tout autre identifiant pouvant se substituer à l'INS. Cette disposition se conforme aux spécifications du volet Structuration Minimale des documents CDA dans sa version 1.3.1.3 qui paraîtra dans la prochaine mise à jour du CI-SIS.

Dans tous les cas, l'identification d'un patient est obligatoire.

2.4. Spécifications techniques du modèle

Les spécifications techniques de ce volet reprennent les spécifications métier exposées plus haut. Celles-ci établissent le contenu médical et son ordonnancement spécifique dans un document de synthèse médicale. ***Structuration et contenu sont représentés dans le Tableau 2***.Cette structuration constitue la base de l'écriture de ce volet, qui utilise par ailleurs les spécifications techniques établies par l'ASIP Santé (9) et IHE PCC (10) (11) pour les sections et entrées des documents CDA.

Un certain nombre d'éléments médicaux pourront cependant être rajoutés dans une version ultérieure de ce volet (cf. Questions ouvertes §2.4.1.3).

TABLEAU 2 – SPÉCIFICATIONS FONCTIONNELLES DU VOLET DE SYNTHÈSE MÉDICALE

1. Renseignements administratifs
   a. identification et coordonnées du patient
   b. identification et coordonnées du médecin traitant
   c. date de la mise à jour de la synthèse
2. Renseignements cliniques
   a. pathologie en cours
   b. antécédents du patient y compris allergies et intolérances médicamenteuses
   c. facteurs de risque comprenant :
      • antécédents familiaux
      • facteurs de risque liés au mode de vie (alcool, tabac, activité physique, alimentation) et à la profession
3. Traitements au long cours
4. Points de vigilance (ou points d'attention)
5. Signature

2.4.1. Granularité de structuration de l'information dans un modèle de document CDA

Tout document CDA possède un en-tête véhiculant le contexte de soins et un corps avec les informations du document.
Comme expliqué en section 3.1 du document de référence (2), on distingue deux grandes catégories de documents CDA :
Les documents à corps non structuré : Le corps encapsule un texte ou une image dans l'un des formats *pdf, txt, rtf, jpeg* ou *tiff*.
Les documents à corps structuré : Le corps est organisé en structures de données XML afin de permettre ou simplifier les traitements informatiques. Plus précisément, un tel corps structuré se présente comme un ensemble hiérarchisé de sections. Chacune de ces sections possède un type codé, un titre en clair, et un bloc narratif mis en page pour la visualisation. En outre un certain nombre d'informations présentes dans le bloc narratif, peuvent être répétées, à la suite de ce bloc, sous une forme structurée interprétable par les SI consommateurs du document. La granularité de cette structuration varie alors d'une section à l'autre et d'une donnée à l'autre. Le modèle spécifié par ce volet de contenu est un modèle à corps structuré.

2.4.1.1. Implémentation du modèle CDA dans les spécifications cliniques de la HAS

Le modèle de document CDA spécifié par ce volet respecte, par la composition et l'ordonnancement des sections dont il est composé, à la fois la structuration du document spécifiée par la HAS et les contraintes du CI-SIS de l'ASIP Santé portant sur l'interopérabilité sémantique.

La structuration métier spécifiée par la HAS préconise le découpage du document en trois parties distinctes : *partie clinique, partie thérapeutique* et *points de vigilance*. Le détail de la structuration de ces parties et leurs correspondances avec les modèles des sections définies dans le CI-SIS est exposé ci-après :

Partie clinique du document
La HAS préconise le regroupement des rubriques *Pathologie Active et Antécédents* et *Facteurs de risques* sous un même chapeau intitulé *« Pathologies en cours, Antécédents personnels dont les allergies et facteurs de risques »*.

Cette configuration est respectée dans le VSM, qui y ajoute un niveau de structuration supplémentaire afin d'assurer la compatibilité du document avec le CI-SIS :
- La sous-rubrique *Pathologie Active et Antécédents* qui détaille les *pathologies en cours*, les *antécédents personnels* et les *allergies* et les *intolérances médicamenteuses* du patient, est décomposée en autant de sous-sections identifiées dans le CI-SIS.

■ La sous-rubrique *Facteurs de risques* qui regroupe les facteurs de risques du patient dus à son *mode de vie*, à sa *profession*, ou à ses *antécédents familiaux*, est également décomposée en ces trois composantes, identifiées dans le CI-SIS.

Partie thérapeutique du document
La HAS a souhaité faire figurer une section spécifiquement dédiée aux *traitements au long cours* administrés au patient, les traitements ponctuels étant destinés, s'ils étaient à prendre en considération, à figurer dans la partie *Points de Vigilance* du document.
Cette section correspond à la section *Médications* du CI-SIS, dont le périmètre sera restreint à cette catégorie de traitement.

Points de vigilance
La section *Points de Vigilance*, résume sous un format texte libre, les points importants du VSM. La HAS précise que *« Elle pourra comprendre un traitement (médicamenteux ou non) ponctuel mais significatif ou des résultats d'examens particulièrement significatifs ou des commentaires ».*
Cette section correspond à la section *Résultats* du CI-SIS.
La structuration du document VSM est résumée dans le Tableau 3.

Les éléments correspondant à la partie administrative du dossier également présents dans les spécifications de la HAS sont pris en charge comme éléments de l'en-tête CDA, définis en détail dans (2). Ils concernent :
- les coordonnées du patient,
- les coordonnées du médecin traitant,
- la date de la mise à jour.

TABLEAU 3 – CORRESPONDANCES ENTRE LES SPÉCIFICATIONS CLINIQUES DE LA HAS ET LE CI-SIS DE L'ASIP SANTÉ

Structuration recommandée par la HAS		CI-SIS de l'ASIP Santé
Pathologies en cours et antécédents personnels dont les allergies et facteurs de risque	**Pathologie, antécédents et allergies** Pathologie en cours et antécédents personnels dont les allergies	**Pathologie active** *(Active problem)* Pathologie en cours
		Antécédents médicaux *(History of past illness)* Antécédents médicaux principaux
		Antécédents chirurgicaux *(Coded list of Surgeries)* Principales interventions subies par le patient.
		Allergies et effets indésirables *(Allergies and other adverse reactions)* Allergies médicamenteuses, alimentaires, environnementales et intolérances médicamenteuses
	Facteurs de risque Facteurs pouvant influer sur la santé du patient dus au mode de vie (alcool, tabac, obésité), aux antécédents familiaux ou à la profession	**Habitus, mode de vie** *(Coded social history)* Facteurs pouvant influer sur la santé du patient dus au mode de vie (alcool, tabac, obésité, etc.)
		Facteurs de risque professionnels *(Hazardous working conditions)* Exposition professionnelle pouvant influer sur l'état de santé du patient
		Antécédents familiaux *(Coded Family medical history)* Antécédents familiaux pouvant influer sur l'état de santé du patient
Points de vigilance		**Résultats** *(Results)* résultats d'examens réalisés par le patient, et qui sont importants dans le contexte de la maladie. Cette section peut également référer à tout autre document du dossier du patient extérieur au présent document.
Traitement au long cours Médication prise par le patient dans les affections nécessitant un traitement au long cours		**Médications** *(Medication)* Forme codée de la médication prise par le patient

2.4.1.2. Versions futures du VSM

L'évolution du VSM devrait principalement consister en l'adjonction de nouvelles sections et/ou en l'ajout de contraintes portant sur les sections existantes.

2.4.1.3. Questions résolues

1. Vaccins (Décision 22 mars 2012)
Le groupe des partenaires conventionnels confirme le souhait de ne pas individualiser cette rubrique dans la première version de la synthèse médicale mais de la prévoir dans une version ultérieure.

2. Principales constantes/éléments biologiques/ résultats d'examens (Décision 22 mars 2012)
Le groupe des partenaires conventionnels confirme le souhait de ne pas individualiser une rubrique résultats d'examens dans la première version. Si des résultats biologiques sont remarquables, le groupe des partenaires conventionnels considère qu'ils sont à indiquer dans la rubrique Points de vigilance (Points d'attention).

3. Plan personnalisé de soins/prévention
(Décision 22 mars 2012)
Le groupe confirme la décision du 1er février 2012 de ne pas individualiser une rubrique Plan de Soins dans la première version.

2.4.1.4. Conformité et standards

Les spécifications décrites dans ce volet constituent le modèle du *Volet de Synthèse Médicale*. Tout document bâti sur ce modèle doit obligatoirement déclarer sa conformité au modèle *Volet Synthèse Médicale*. Cette déclaration s'ajoute aux déclarations de conformité de l'en-tête décrites dans (2). ***Les éléments constituant cette déclaration sont renseignés dans le Tableau 4.***

Standard : Le modèle de document de ce volet est conforme au standard **CDA R2** spécifié par (6) ainsi qu'aux contraintes françaises d'implémentation de ce standard spécifiées par (2).

Nomenclatures : Ce volet impose l'utilisation de la nomenclature LOINC pour coder le document et ses sections, les terminologies déclarées dans (4 ; 9 ; 3), ansi que des terminologies spécifiquement éditées par l'ASIP Santé pour ce volet.

1. **Pathologies**
   Les éléments de pathologie sont codés à partir des nomenclatures internationales SNOMED 3.5 VF (section *Allergies and other adverse rections*) et CIM-10 (sections *Active problem, History of past illness*).
2. **Actes médicaux**
   Les actes médicaux réalisés sont codés à partir de la classification CCAM (section *Coded list of surgeries*).
   La prise en compte des actes de biologie et de leur codification sortent du périmètre de ce volet, l'intégration des éléments de biologie faisant partie d'une éventuelle version ultérieure (*cf. supra* § 2.4.1.3).
3. **Médicaments**
   Le codage des médicaments se fait à partir des nomenclatures CIS (Code Identifiant de Spécialité) et CIP (Code Identifiant de Présentation).
   La compatibilité de ces deux nomenclatures avec les bases de médicaments éventuellement utilisées par les LGC des médecins est assurée dans la majorité des cas, les bases de données principalement utilisées en France[5], signataires de la charte de qualité des bases de données sur les médicaments de la HAS (12), intégrent ces deux nomenclatures comme composants de leur fiche médicament.

Profils IHE : Ce volet s'appuie sur les profils de contenus spécifiés au plan international par le domaine IHE PCC (4 ; 3).

Modèle de contenu CDA : ce volet du CI-SIS (9) spécifie l'ensemble des entrées utilisées dans le VSM. Il constitue la référence principale de ce volet.

Cardinalité et nullflavor : la présence d'un certain nombre d'éléments est requise, contrainte rendue nécessaire soit par les spécifications du standard CDA (6), soit par celles du CI-SIS pour les besoins de la gestion des documents dans le cadre specifique du DMP (7).

TABLEAU 4 – ÉLÉMENTS CONSTITUANT LA DÉCLARATION DE CONFORMITÉ DU DOCUMENT VSM

Modèle de Document dans l'en-tête CDA	Métadonnées XDSDoxumentEntry		
	typeCode	typeCodeDisplayName	formatCode (codingScheme)
Modèle du Volet Synthèse Médicale 1.2.250.1.213.1.1.1.13	SYNTH	Synthèse	urn : ihe : asip : vsm : 2012

[5] Banque Claude Bernard, Vidal, Thesorimed et Thériaque

Rappelons que cette contrainte ne signifie pas que le contenu de ces éléments soit nécessairement renseigné. En effet, dans le cas où l'information est indisponible, l'utilisation de l'attribut nullflavor permet de l'indiquer et d'en préciser la raison, comme expliqué en section § 3.5.3.1 de (2).
Par exemple, au moins un numéro de téléphone est requis pour le patient (cardinalité [1..*]) mais ce dernier peut ne pas l'avoir en mémoire au moment de la réalisation du VSM. On écrira dans ce cas :

```
<telecom nullflavor="NAV">
```

L'utilisation de la valeur `nullflavor` est autorisée pour tous les éléments dont la présence est requise et dont la valeur n'est pas fixée, sauf dans les cas où elle est explicitement interdite (pour la liste des nullflavor interdits, voir (2)) auquel cas obligation est faite de renseigner le contenu de l'élément.

2.4.2. Structuration de l'en-tête CDA

La structure de l'en-tête de ce volet de contenu clinique est conforme aux contraintes et définitions présentées dans le Volet Structuration Minimale du CI-SIS (2). Les contraintes spécifiques au VSM sont indiquées dans les sections suivantes.

2.4.2.1. Déclaration de conformité au modèle VSM (templateId)

La déclaration de conformité commune à tous les documents se réclamant du modèle VSM est obligatoire. Elle utilise un élément `templateId` et vient s'ajouter aux deux déclarations de conformité obligatoires pour tout document CDA compatible avec le CI-SIS (2).

EXEMPLE 1 – DÉCLARATION DE CONFORMITÉ AU MODÈLE VSM POUR UN DOCUMENT CDA

```
<templateId root="1.2.250.1.213.1.1.1.13"/>
```

2.4.2.2. Identifiant du VSM

Cet identifiant unique du document est formaté conformément à la spécification de (2).

2.4.2.3. Type de document (code)

L'élément obligatoire `code` désigne le type de document et répond à la classification des catégories de documents mis en partage dans le cadre du DMP telle qu'elle a été définie dans la *Matrice d'Habilitation des Professionnels de Santé en Lecture* (8). Le code « SYNTH » représentant le type « Synthèse » est tirée d'une nomenclature produite par l'ASIP Santé identifiée par l'OID `1.2.250.1.213.1.1.4.12`.

EXEMPLE 2 – TYPE DU DOCUMENT VSM

```
<code codeSystem="1.2.250.1.213.1.1.4.12"
            code="SYNTH"
      displayName="Synthèse"/>
```

2.4.2.4. Titre du document (title)

L'élément obligatoire `title` porte le libellé fixe "Synthèse Médicale".

2.4.2.5. Identification du patient (patientRole)

L'identification et les coordonnées du patient sont définies dans l'élément de l'en-tête `patientRole` présenté dans (2) § 3.5.5.10.1, repris ici sans modification.

Rappelons que plusieurs identifiants peuvent être utilisés pour identifier un patient.

La seule occurrence obligatoire est celle portant l'INS du patient dans le cas où un partage de document est opéré (voir (2) pour plus de détails sur l'INS). Dans les autres cas une identification locale pourra être utilisée.

Dans le cadre de ce volet, plusieurs autres instanciations de cet élément peuvent être créées pour y faire figurer des identifiants de portée locale – comme l'IPP, attribués par les SI producteurs de données.

EXEMPLE 3 – IDENTIFICATION ET COORDONNÉES DU PATIENT DANS L'ÉLÉMENT PATIENTROLE

```
<recordTarget>
       <patientRole>
          <id extension="123456789O112345678901" root="1.2.250.1.213.1.4.2"/>
          <addr use="H">
             <houseNumber>24</houseNumber>
                   <streetNameType>Avenue</streetNameType>
                   <streetName>de Breteuil</streetName>
                   <postalCode>75007</postalCode>
                   <city>Paris</city>
                   <additionalLocator>Escalier A</additionalLocator>
             <postalCode>75007</postalCode>
             <city>PARIS</city>
          </addr>
          <telecom value="tel :  0686970800" use="MC"/>
          <telecom value="tel :  0186940900" use="H"/>
          <patient classCode='PSN'>
             <name>
                <prefix>Mme</prefix>
                <given>Alice</given>
                <family qualifier='BR'>DECOURCY</family>
             </name>
             <administrativeGenderCode code='F'/>
             <birthTime value='19760318'/>
             <birthplace>
                <place>
                   <addr>
                      <city>Paris</city>
                      <postalCode>75006</postalCode>
                   </addr>
                </place>
             </birthplace>
          </patient>
       </patientRole>
</recordTarget>
```

2.4.2.6. Médecin traitant (participant)

Le médecin traitant est un élément **obligatoire** du modèle VSM. C'est en effet au médecin traitant qu'est destiné le document VSM (13).

L'identification et les coordonnées du médecin traitant sont définies dans l'élément de l'en-tête `participant` dont la structuration est définie dans (2) § 3.5.5.18 et reprise sans modification dans le cadre de ce volet.

Ses contraintes sont :

C1. L'attribut `typeCode` de l'élément `participant` prend la valeur `typeCode="INF"` pour le Médecin traitant dans son rôle d'informateur.

C2. Les attributs de l'élément `functionCode` sont fixés aux valeurs suivantes :

- `@code="PCP"`
- `@displayName="Médecin Traitant"`
- `@codeSystem="2.16.840.1.113883.5.88"`

C3. L'adresse de télécomunication `telecom` a une cardinalité [1..*] (au lieu de [0..*])

EXEMPLE 4 – IDENTIFICATION ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT À PARTIR D'UN ÉLÉMENT PARTICIPANT

```
<participant typeCode="INF">
     <functionCode code="PCP"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.5.88"
          displayName="Médecin Traitant"/>
     <!-- n°RPPS du médecin -->
     <associatedEntity classCode="PROV">
          <id root="1.2.250.1.71.4.2.1"
               extension="801234567897"
               assigningAuthorityName="ASIP Santé"/>
          <addr>
               <houseNumber>3</houseNumber>
               <streetNameType>rue</streetNameType>
               <streetName>Petit Pont</streetName>
               <postalCode>75005</postalCode>
               <city>Paris</city>
          </addr>
          <telecom value="tel :  0147150000" use="WP"/>
          <associatedPerson>
               <name>
                    <prefix>Dr.</prefix>
                    <given>Stéphane</given>
                    <family>MEDIONI</family>
               </name>
          </associatedPerson>
     </associatedEntity>
</participant>
```

2.4.2.7. Informateur(s) appartenant à l'entourage du patient (informant)

L'élément **optionnel et répétable** `informant` décrit une personne de l'entourage du patient qui apporte des renseignements à consigner dans ce document dans le cas où la situation le requiert (patient ne pouvant s'exprimer, enfant en bas âge, etc.) ou bien pour désigner un autre PS. Les règles d'implémentation des éléments `informant` sont exposées en détail dans (2) § 3.5.5.13 et sont reprises sans modification dans le cadre de ce volet.

Remarque : Par défaut, c'est l'auteur du document qui est la source de l'information. CDA permet de placer au niveau d'une section ou de tout élément de type `clinicalStatement` (`observation`, `act`, `procedure`, etc.) un élément `informant` indiquant que la source de l'information est quelqu'un d'autre que le médecin qui réalise la consultation médicale, comme le patient lui-même ***(cf. Exemple 5)***, ou quelqu'un de son entourage.

EXEMPLE 5 – IDENTIFICATION DU PATIENT COMME LA SOURCE DE L'INFORMATION (URTICAIRE)

```
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
     <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.6"/>
      <code code="DALG" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4" codeSystemName="ObservationIntole
ranceType"
          displayName="Allergie à un produit pharmaceutique"/>
     <statusCode code="completed"/>
     <effectiveTime xsi :  type="IVL _ TS"><low value="20000328"/></effectiveTime>
     <value xsi :  type="CD" code="T78.3" displayName="Urticaire"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.6.3" codeSystemName="CIM10" />
     <informant>
          <relatedEntity classCode="CON">
               <addr nullFlavor="NAV"/>
               <telecom nullFlavor="NAV"/>
               <relatedPerson>
                    <name>
                         <family>DECOURCY</family>
                         <given>MARIE</given>
                    </name>
               </relatedPerson>
          </relatedEntity>
     </informant>
          :
</observation>
```

2.4.2.8. Auteur du VSM (author)

L'élément **obligatoire et répétable** `author` désigne le PS ayant contribué à la rédaction du VSM. Les règles d'implémentation de l'élément `author` sont exposées en détail dans (2) § 3.5.5.11, et sont reprises sans modification dans le cadre de ce volet.

L'auteur du VSM est nécessairement un professionnel de santé.

EXEMPLE 6 – IDENTIFICATION DE L'AUTEUR DU DOCUMENT

```
<author>
    <time value="20120328111700+0100"/>
    <assignedAuthor>
        <!-- PS identifié par son N°RPPS -->
        <id root="1.2.250.1.71.4.2.1"
            extension="801234567897"
            assigningAuthorityName="ASIP Santé"/>
        <code code="G15 _ 10/SM26"
            codeSystem="1.2.250.1.213.1.1.4.5"
            codeSystemName="RPPS"
            displayName="Médecin - Qualifié en Médecin Générale (SM)"/>
        <addr nullFlavor="NASK"/>
        <telecom nullFlavor="NASK"/>
        <assignedPerson>
            <name>
                <prefix>Dr.</prefix>
                <given>Charles </given>
                <family>BOILEAU</family>
            </name>
        </assignedPerson>
    </assignedAuthor>
</author>
```

2.4.2.9. Organisation chargée de la conservation du document

L'élément **obligatoire** `custodian` décrit l'organisation chargée de la conservation du document, c'est-à-dire de conserver physiquement le document qui lui est confié tout en garantissant son cycle de vie. Les règles d'implémentation de l'élément `custodian` sont exposées en détail dans (2) §3.5.5.14 et sont reprises sans modification dans la cadre de ce volet.

EXEMPLE 7 – IDENTIFICATION DE L'ORGANISATION CHARGÉE DE LA CONSERVATION DU DOCUMENT

```
<custodian>
     <assignedCustodian>
          <representedCustodianOrganization>
               <id root="1.2.250.1.71.4.2.2"
                    extension="1120456789"
                    assigningAuthorityName="ASIP Santé"/>
               <name>Centre Médical du Belvédère</name>
               <telecom value="tel :  0442515151" use="WP"/>
               <addr>
                    <houseNumber>142</houseNumber>
                    <streetNameType>rue</streetNameType>
                    <streetName>Belvédère</streetName>
                    <postalCode>92100</postalCode>
                    <city>Boulogne-Billancourt</city>
               </addr>
          </representedCustodianOrganization>
     </assignedCustodian>
</custodian>
```

2.4.2.10. Responsable / signataire légal

L'élément obligatoire `legalAuthenticator` représente le responsable du document : le PS qui prend la responsabilité du contenu et dans le cas où la signature électronique est mise en œuvre, en est le signataire légal. Les règles d'implémentation de l'élément `legalAuthenticator` sont exposées en détail dans (2) § 3.5.5.16 et sont reprises sans modification dans le cadre de ce volet.

EXEMPLE 8 – IDENTIFICATION DU SIGNATAIRE DU DOCUMENT

```
<legalAuthenticator>
     <time value="20080929094914.827-0100"/>
     <signatureCode code="S"/>
     <assignedEntity>
          <!-- PS identifié par son N°RPPS -->
          <id root="1.2.250.1.71.4.2.1" extension="801234567897"
               assigningAuthorityName="ASIP Santé"/>
          <code code="G15 _ 10/SM26" codeSystem="1.2.250.1.213.1.1.4.5"
               codeSystemName="RPPS"
               displayName="Médecin - Qualifié en Médecin Générale (SM)"/>
          <addr nullFlavor="NASK"/>
          <telecom nullFlavor="NASK"/>
          <assignedPerson>
               <name>
                    <prefix>Dr.</prefix>
                    <given>Charles </given>
                    <family>BOILEAU</family>
               </name>
          </assignedPerson>
     </assignedEntity>
</legalAuthenticator>
```

2.4.2.11. Acte(s) documenté(s)

`documentationOf` est un élément **obligatoire et répétable** représentant le ou les actes principaux documentés par le document.
Les règles d'implémentation de l'élément `documentationOf` sont exposées en détail dans (2) § 3.5.5.20 et sont reprises sans modification dans le cadre de ce volet.

Contraintes :

C1. les attributs de l'élément `documentationOf/serviceEvent/Code` prennent les valeurs suivantes pour coder l'acte principal décrit par le document :
- `@code="34117-2"`
- `@displayName="Historique et clinique"`
- `@codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"`
- `@codeSystemName="LOINC"`

C2. l'élément `<representedOrganization>`, qui identifie le lieu d'exercice du PS est une information le plus souvent redondante avec `<representedCustodianOrganization>`, mais qui est rendue ici obligatoire.

EXEMPLE 9 – ACTE DOCUMENTÉ PAR LE DOCUMENT

```
<documentationOf>
    <serviceEvent>
        <code code="34117-2" displayName="Historique et clinique" codeSystem="2.16.840.1.113
883.6.1"
              codeSystemName="LOINC"/>
          <effectiveTime><low value="20120328111700+0100"/></effectiveTime>
          <performer typeCode="PRF">
               <assignedEntity>
                    <id root="1.2.250.1.71.4.2.1" extension="801234567897"
                         assigningAuthorityName="ASIP Santé"/>
                    <assignedPerson>
                         <name>
                              <given>Charles </given>
                              <family>BOILEAU</family>
                         </name>
                    </assignedPerson>
                    <!-- Numéro FINESS de l'ES (optionnel)  -->
                    <representedOrganization>
                         <id root="1.2.250.1.71.4.2.2" extension="101238887"
                                assigningAuthorityName="ASIP Santé"/>
                         <name>Centre de soins du Belvédère</name>
                         <telecom nullFlavor="NAV"/>
                         <addr>
                              <houseNumber>142</houseNumber>
                              <streetNameType>rue</streetNameType>
                              <streetName>Belvédère</streetName>
                              <postalCode>92100</postalCode>
                              <city>Boulogne-Billancourt</city>
                         </addr>
                    </representedOrganization>
               </assignedEntity>
          </performer>
     </serviceEvent>
</documentationOf>
```

2.4.2.12. Version antérieure à remplacer

`relatedDocument` est un élément qui référence une version antérieure du document courant, remplacée par lui. Cet élément est absent si le document courant est la première synthèse médicale (la première version) rédigée pour le patient.

Les règles d'implémentation de l'élément `relatedDocument` sont exposées en détail dans (2) § 3.5.5.21 et sont reprises sans modification dans le cadre de ce volet.

EXEMPLE 10 - REMPLACEMENT D'UN DOCUMENT D'UUID DONNÉ

```
   <relatedDocument typeCode="RPLC">
      <parentDocument>
         <!-- Identifiant du document remplacé -->
         <id root="OID du document à remplacer"/>
      </parentDocument>
   </relatedDocument>
```

2.4.2.13. Événement de prise en charge du patient

L'élément `componentOf` **obligatoire** relie le VSM à la prise en charge du patient par un PS ou par un établissement, dans le contexte de laquelle ce document a été produit. Les règles d'implémentation de l'élément `componentOf` sont exposées en détail dans (2) § 3.5.5.22 et sont reprises sans modification dans le cadre de ce volet.

EXEMPLE 11 – PRÉCISIONS SUR LES CIRCONSTANCES DE LA PRISE EN CHARGE

```
<componentOf>
   <encompassingEncounter>
      <code codeSystem="EXTERNE" displayName="acte et consultation externe (établissement)"/>
         <effectiveTime>
               <high value="20120328111700+0100"/>
          </effectiveTime>
          <location>
               <healthCareFacility>
                    <id root="1.2.250.1.213.1.1.9" extension="11223344"
                         assigningAuthorityName="Centre de Soins du belvédère"/>
                    <code code="SA04" displayName="Etablissement Privé Non PSPH"
                         codeSystem="1.2.250.1.71.4.2.4" codeSystemName="R02"> </code>
               </healthCareFacility>
          </location>
     </encompassingEncounter>
</componentOf>
```

2.4.3. Structuration du Corps de document

Les spécifications PCC en matière de contenu ainsi que les règles de syntaxe préconisées pour la réalisation de documents au format CDA R2 HL7 (3) (4), sont les référentiels utilisés pour le présent document.
Dans le cadre de ce volet, l'ASIP Santé a défini un certain nombre de ***sections composites*** constituées d'un bloc de texte narratif et de sous-sections.
La finalité de ces sections composites est de regrouper des sections autonomes de PCC, pour s'ajuster à la partition du document VSM telle qu'elle est préconisée dans les spécifications cliniques de la HAS ***(cf. Tableau 5)***.

Dans l'exemple suivant, la sous-section *Facteurs de risque* définie dans les spécifications de la HAS, se compose de trois sous sections PCC : *habitus/mode de vie, Facteurs de risque professionnels* et *Antécédents familiaux*.

Les sections, sous-sections et entrées utilisées pour la réalisation d'un document VSM dans le format de document CDA sont présentées dans le Tableau 6.

- L'indentation des noms de sections dans la première colonne reflète l'imbrication des sections.
- La colonne ***card***. Précise entre crochets les cardinalités (nombres d'occurrences) minimales et maximales de la section. Une section optionnelle a une cardinalité minimum de zéro. Par exemple [0..1]
- La colonne ***text*** précise si un bloc narratif est requis (R), optionnel (O), conditionnel (C), ou absent (X) pour la section.
- La colonne ***templateId*** contient le nom et l'identifiant du modèle de la section, attribué selon les cas par le domaine IHE PCC ou par l'ASIP Santé.
- Les colonnes ***code LOINC*** et ***Libellé LOINC*** donnent le typage de la section.
- La colonne ***Entrées*** liste les modèles d'entrées (éléments <entry>) présentes dans la section, et qui portent les données structurées exploitables par les systèmes consommateurs du document. Les entrées listées sont toujours requises dans la section à laquelle elles sont associées.

TABLEAU 5 - COMPOSITION DE LA SOUS-SECTION FACTEURS DE RISQUE

Sous-section Facteurs de risque Facteurs pouvant influer sur la santé du patient dus au mode de vie (alcool, tabac, obésité), aux antécédents familiaux ou à la profession	**Sous-section habitus, mode de vie** Facteurs pouvant influer sur la santé du patient dus au mode de vie (alcool, tabac, obésité)
	Sous-section Facteurs de risque professionnels Exposition professionnelle pouvant influer sur l'état de santé du patient
	Sous-section Antécédents familiaux Antécédents familiaux pouvant influer sur l'état de santé du patient

TABLEAU 6 - SECTIONS UTILISÉES DANS LE MODÈLE DE DOCUMENT VSM

Section	card.	text
Section Pathologies, antécédents, allergies et facteurs de risque Pathologies en cours et antécédents personnels dont les allergies	[1..1]	X
Sous-section Pathologies en cours, antécédents et allergies Pathologie en cours et antécédents personnels dont les allergies	[1..1]	C
Sous-section Pathologies actives Décrit la liste des pathologies présentes du patient	[0..1]	R
Sous-section Antécédents médicaux Pathologies passées du patient. Il s'agit d'épisodes résolus, c'est-à-dire de maladies que l'on considère comme guéries. Si une maladie est susceptible de présenter des épisodes de rechute, elle sera classée dans la section *Pathologies actives*, même si la pathologie n'est pas active au moment présent.	[0..1]	R
Sous-section Antécédents chirurgicaux Interventions passées réalisées sur le patient. Une référence interne peut relier l'acte chirurgical réalisé à la cause l'ayant motivé, si elle est présente, soit dans la section *Pathologies actives*, soit dans la section *Antécédents médicaux*.	[0..1]	R
Sous-section Allergies et effets indésirables Allergies médicamenteuses, alimentaires, environnementales et intolérances médicamenteuses	[0..1]	R
Sous-section Facteurs de risque Facteurs pouvant influer sur la santé du patient dus au mode de vie (alcool, tabac, obésité), aux antécédents familiaux ou à la profession	[1..1]	C
Sous-section habitus, mode de vie Facteurs pouvant influer sur la santé du patient dus au mode de vie (alcool, tabac, obésité)	[0..1]	R
Sous-section Facteurs de risque professionnels Exposition professionnelle pouvant influer sur l'état de santé du patient	[0..1]	R
Sous-section Antécédents familiaux Antécédents familiaux pouvant influer sur l'état de santé du patient	[0..1]	R
Section Résultats Cette section comprend des résultats d'examens particulièrement significatifs ou des commentaires	[1..1]	R
Section Traitement au long cours Traitement que le patient est supposé prendre de façon ininterrompue	[1..1]	C
Sous-section Médications Liste des principales prises médicamenteuses	[0..1]	R

templateId	Code LOINC	Libellé LOINC	Entrées
Pathologies, antécédents, allergies et facteurs de risque 1.2.250.1.213.1.1.2.29	46612-8	Conclusions de synthèse	Pas d'entrée
Pathologies en cours, antécédents, allergies 1.2.250.1.213.1.1.2.30	34117-2	Historique et physique	Pas d'entrée
Active Problems **1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.6** Modèle parent : *CCD 3.5 Active Problems* *2.16.840.1.113883.10.20.1.11*	11450-4	Liste des problèmes actifs	Problem Concern 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.5.2
History of Past Illness 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.8	11348-0	Historique des maladies	Problem Concern 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.5.2
Coded list of surgeries 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.12 Modèle parent : *PCC List of Surgeries* *1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.11*	47519-4	Historique des interventions	Procedure entry 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.19
Allergies and Other Adverse Reactions **1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.13** Modèle parent : *CCD 3.8 Allergies* *2.16.840.1.113883.10.20.1.2*	48765-2	Allergies, effets indésirables, alertes	Allergies and Intolerances Concern 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.5.3
Facteurs de risque 1.2.250.1.213.1.1.2.31	57207-3	Facteurs de risque présents ou passés affectant l'état de santé et/ou une circonstance.	Pas d'entrée
Coded Social History **1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.16.1** Modèle parent : *Social History* *1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.16* Modèle grand-parent : *CCD 3.7 Social History* *2.16.840.1.113883.10.20.1.15*	29762-2	Historique social	Social History Observation 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.13.4
Hazardous working conditions 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.1.5.3.1	10161-8	Historique de l'exposition professionnelle	Pas d'entrée
Coded Family Medical History **1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.15** Modèle parent : *Family Medical History* *1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.14*	10157-6	Historique des pathologies familiales	Family history organizer 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.15
Results 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.27	30954-2	Résumé des investigations pratiquées	Pas d'entrée
Traitement au long cours 1.2.250.1.213.1.1.2.32	18776-5	Plan de traitement	Pas d'entrée
Medications **1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.19** Modèle parent : *Medications* *2.16.840.1.113883.10.20.1.8*	10160-0	Historique de la prise médicamenteuse	Medications 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.7

EXEMPLE 12 – STRUCTURATION GÉNÉRALE D'UN DOCUMENT VSM

```
<ClinicalDocument xmlns='urn :  hl7-org :  v3'>
    <typeId extension="POCD _ HD000040" root="2.16.840.1.113883.1.3"/>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.8.2.1"/>
    <templateId root="1.2.250.1.213.1.1.1.1"/>
    <templateId root="1.2.250.1.213.1.1.1.13"/>
    <id root=' ' extension=' '/>
    <code code="SYNTH" codeSystem="1.2.250.1.213.1.1.4.12" codeSystemName="typCode"
        displayName="Synthèse"/>
    <title>SYNTHESE MEDICALE</title>
    <effectiveTime value='20120706012005'/>
    <confidentialityCode code='N' displayName='Normal'
        codeSystem='2.16.840.1.113883.5.25' codeSystemName='Confidentiality' />
    <languageCode code='fr-FR'/>
      :
    <component>
        <structuredBody>
           <!-- Section requise Pathologies en cours, ATCD, allergies et FDR -->
           <component>
               <section>
                 <templateId root="1.2.250.1.213.1.1.2.29"/>
                 <!-- Sous-section requise Pathologies en cours, antécédents et allergies -->
                   <component>
                        <section>
                            <templateId root="1.2.250.1.213.1.1.2.30"/>
                            <!-- Sous-section optionnelle Pathologies actives -->
                            <component>
                                <section>
                                    <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.6"/>
                                </section>
                            </component>
                            <!-- Sous-section optionnelle Antécédents médicaux -->
                            <component>
                                <section>
                                    <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.8"/>
                                </section>
                            </component>
                            <!-- Sous-section optionnelle Antécédents chirurgicaux -->
                            <component>
                                <section>
                                    <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.12"/>
                                </section>
                            </component>
                            <!-- Sous-section optionnelle Allergies & effets indésirables -->
                            <component>
                                <section>
                                    <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.13"/>
                                </section>
                            </component>
                        </section>
                    </component>
                    <!-- Sous-section requise Facteurs de risque -->
                    <component>
                        <section>
                           <templateId root="1.2.250.1.213.1.1.2.31"/>
                           <!-- Sous-section optionnelle Habitus, mode de vie -->
                           <component>
                               <section>
                                   <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.16"/>
                               </section>
                           </component>
                          <!-- Sous-section optionnelle Facteurs de risque professionnels -->
                            <component>
                                <section>
                                    <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.1.5.3.1"/>
                                </section>
                            </component>
                            <!-- Sous-section optionnelle Facteurs de risque familiaux -->
                            <component>
                                <section>
                                    <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.15"/>
                                </section>
                            </component>
                        </section>
```

```
                    </component>
                </section>
            </component>
            <!-- Section requise Résultats -->
            <component>
                <section>
                    <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.27"/>
                </section>
            </component>
            <!-- Section requise Traitement au Long cours -->
            <component>
                <section>
                    <templateId root="1.2.250.1.213.1.1.2.32"/>
                        <!-- Sous-section optionnelle Medications -->
                        <component>
                            <section>
                                <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.19"/>
                            </section>
                        </component>
                </section>
            </component>
        </structuredBody>
    </component>
</ClinicalDocument>
```

Section Pathologies en cours, antécédents, allergies et facteurs de risque

TABLEAU 7 – STRUCTURATION DES DONNÉES DE LA SECTION PATHOLOGIES EN COURS, ANTÉCÉDENTS, ALLERGIES ET FACTEURS DE RISQUE

Niv	Élément XML	card.	Contenu de l'élément ou valeur de l'attribut
0	**section**	[1..1]	***Section Pathologies en cours, antécédents, allergies et facteurs de risque***
1	**templateId**	[1..1]	déclaration de conformité `<templateId root="1.2.250.1.213.1.1.2.29"/>`
1	**code**	[1..1]	Les attributs de l'élément <code> prennent les valeurs suivantes : • `code="46612-8"` • `displayName="Conclusions de synthèse"` • `codeSystem=" 2.16.840.1.113883.6.1"` • `codeSystemName="LOINC"`
1	**title**	[0..1]	Titre de la sous-section. Fixé à "`Pathologies en cours, antécédents, allergies et facteurs de risque`"
1	**component**	[0..1]	
2	**section**	[1..1]	***Sous-section Pathologies en cours, antécédents et allergies***
3	**templateId**	[1..1]	déclaration de conformité `<templateId root="1.2.250.1.213.1.1.2.30"/>`
1	**component**	[1..1]	
2	**section**	[1..1]	***Sous-section Facteurs de risque***
3	**templateId**	[1..1]	déclaration de conformité `<templateId root="1.2.250.1.213.1.1.2.31"/>`

EXEMPLE 13 – STRUCTURATION DE LA SECTION PATHOLOGIES EN COURS, ANTÉCÉDENTS, ALLERGIES ET FACTEURS DE RISQUE

```
<component>
    <section>
        <templateId root="1.2.250.1.213.1.1.2.29"/>
        <code code="46612-8"
            displayName="Conclusions de synthèse"
            codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
            codeSystemName="LOINC"/>
        <title>Pathologies en cours, antécédents, allergies et facteurs de risque</title>
        <!-- Sous-section requise Pathologies en cours, antécédents et allergies -->
        <component>
                <section>
                    <templateId root='1.2.250.1.213.1.1.2.30'/>
                      :
            </section>
        </component>
        <!-- Sous-section requise Facteurs de risque -->
        <component>
                <section>
                    <templateId root='1.2.250.1.213.1.1.2.31'/>
                      :
            </section>
        </component>
    </section>
</component>
```

2.4.3.13.1. Sous-section Pathologies en cours, antécédents et allergies (sous-section de 1er niveau)

Cette sous-section comporte :

■ un composant **text conditionnel** :

• L'élément text est requis si aucune des 4 sous-sections optionnelles n'est présente. Dans ce cas le contenu de la section est intégralement non structuré.

• L'élément text est interdit si les 4 sous-sections optionnelles sont présentes. En effet, chacune est porteuse de son propre texte en plus de ses données structurées. Ce cas correspond à la structuration maximale de cette section.

• Dans les autres cas, l'élément text peut être présent et il porte le texte correspondant à une ou plusieurs sous-sections optionnelles absentes.

■ plusieurs **sous-sections optionnelles**, sous-sections qui permettent, si on les utilise, le codage des éléments à un niveau de granularité plus fin, ainsi que le découpage du texte par sous-section :

• *Pathologies actives*,

• *Antécédents médicaux*,

• *Antécédents chirurgicaux*,

• *Allergies et effets indésirables*.

TABLEAU 8 – STRUCTURATION DES DONNÉES DE LA SOUS-SECTION PATHOLOGIES EN COURS, ANTÉCÉDENTS, ALLERGIES

Niv.	Élément XML	card.	Contenu de l'élément ou valeur de l'attribut
0	**section**	[1..1]	***Sous-section Pathologie en cours, antécédents et allergies***
1	**templateId**	[1..1]	déclaration de conformité <templateId root="1.2.250.1.213.1.1.2.30"/>
1	**code**	[1..1]	Les attributs de l'élément <code> prennent les valeurs suivantes : • code="34117-2" • displayName="Historique et physique" • codeSystem=" 2.16.840.1.113883.6.1" • codeSystemName="LOINC"
1	**title**	[0..1]	Titre de la sous-section. Fixée à "Pathologie en cours, antécédents et allergies"
1	**text**	[0..1]	Partie narrative de la section présente suivant les conditions exposées en préambule à ce tableau.
1	**component**	[0..1]	
2	**section**	[0..1]	***Sous-section Pathologies actives***
3	**templateId**	[2..2]	déclarations de conformité <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.6"/> <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.11"/>
1	**component**	[1..1]	
2	**section**	[0..1]	***Sous-section Antécédents médicaux***
3	**templateId**	[1..1]	déclaration de conformité <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.8 "/>
1	**component**	[1..1]	
2	**section**	[0..1]	Sous-section Antécédents chirurgicaux
3	**templateId**	[1..1]	déclaration de conformité <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.12"/>
1	**component**	[1..1]	
2	**section**	[0..1]	***Sous section Allergies et effets indésirables***
3	**templateId**	[1..1]	déclaration de conformité <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.13 "/>

EXEMPLE 14 - STRUCTURATION DE LA SOUS-SECTION PATHOLOGIES EN COURS, ANTÉCÉDENTS ET ALLERGIES

```
<component>
    <section>
        <templateId root="1.2.250.1.213.1.1.2.30"/>
        <code code="34117-2"
            displayName="Historique et physique"
            codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
            codeSystemName="LOINC"/>
        <title>"Pathologies en cours, antécédents et allergies"</title>
        <text>
            Partie narrative de la section présente si …
        </text>
        <!-- Sous-section optionnelle Pathologies actives -->
        <component>
            <section>
                <templateId root='1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.6'/>
                    :
            </section>
        </component>
        <!-- Sous-section optionnelle Antécédents médicaux -->
        <component>
            <section>
                <templateId root='1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.8'/>
                    :
            </section>
        </component>
        <!-- Sous-section optionnelle Antécédents chirurgicaux -->
        <component>
            <section>
                <templateId root='1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.12'/>
                    :
            </section>
        </component>

    </section>
</component>
```

2.4.3.13.1.1. Sous-section Pathologies actives (sous-section de 2e niveau)

TABLEAU 9 - STRUCTURATION DES DONNÉES DE LA SOUS-SECTION PATHOLOGIES ACTIVES

Niv	Élément XML	card.	Contenu de l'élément ou valeur de l'attribut
0	**section**	[0..1]	Section pathologies actives
1	**templateId**	[2..2]	Déclarations de conformité <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.6"/> <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.11"/>
1	**id**	[0..1]	Identifiant de la section
1	**code**	[1..1]	Les attributs de l'élément <code> prennent les valeurs suivantes : • code="11450-4" • displayName="Liste des problèmes actifs" • codeSystem=" 2.16.840.1.113883.6.1" • codeSystemName="LOINC"
1	**title**	[0..1]	Titre de la sous-section. Fixé à «Pathologies actives»
1	**text**	[1..1]	Partie narrative de la section
1	**entry**	[1..*]	Cette entrée consiste en un élément de type ***Problem Concern entry*** (1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.5.2) dont les spécifications, décrites dans (9), sont reprises ici sans contraintes spécifiques.

EXEMPLE 15 - STRUCTURATION DE LA SOUS-SECTION PATHOLOGIES ACTIVES

```
<component>
   <section>
      <templateId root='2.16.840.1.113883.10.20.1.11'/>
      <templateId root='1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.6'/>
      <code code='11450-4' displayName='Liste des problèmes actifs'
         codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>
      <text>
         Partie narrative de la section
      </text>
      <!-- 1..* Problem concern entry -->
      <entry>
         <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
            <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.5.2"/>
                :
         </act>
      </entry>
          :
   </section>
</component>
```

2.4.3.13.1.2. Sous-section Antécédents médicaux (sous-section de 2e niveau)

Cette sous-section rassemble les pathologies passées du patient. Il s'agit d'épisodes résolus, c'est-à-dire de maladies que l'on considère comme guéries.

Si une maladie est susceptible de présenter des épisodes de rechute, elle doit être classée dans la section `Pathologies actives`, même si ces épisodes sont résolus.

Cette section utilise l'entrée Problem Concern, décrite dans (9), qui associe, à partir d'éléments `entryRelationship` d'attribut `typeCode='SUBJ'` des éléments `observation` la décrivant.

TABLEAU 10 - STRUCTURATION DES DONNÉES DE LA SOUS-SECTION ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Niv	Élément XML	card.	Contenu de l'élément ou valeur de l'attribut
0	**section**	[0..1]	
1	**templateId**	[1..1]	déclaration de conformité `<templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.8"/>`
1	**code**	[1..1]	Les attributs de l'élément `<code>` prennent les valeurs suivantes : • `code="11348-0"` • `displayName="Historique des maladies"` • `codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"` • `codeSystemName="LOINC"`
1	**title**	[0..1]	Titre de la sous-section. Fixée à `"Antécédents médicaux"`
1	**text**	[1..1]	Partie narrative de la section
1	**entry**	[1..*]	Cette entrée consiste en un élément de type ***Problem Concern entry*** (1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.5.2) dont les spécifications, décrites dans (ASIP Santé, 2013), sont reprises ici sans contraintes spécifiques.

EXEMPLE 16 - STRUCTURATION DE LA SOUS-SECTION ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

```
<component>
   <section>
      <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.8"/>
      <code code="11348-0" displayName="Historique des maladies"
         codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
      <title>Antécédents médicaux</title>
      <text>Partie narrative de la section</text>
      <!-- 1..* entrées Problem Concern -->
      <entry>
         <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
            <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.5.2"/>
                :
         </act>
      </entry>
          :
   <section>
<component>
```

2.4.3.13.1.3. Sous-section Antécédents chirurgicaux (sous-section de 2e niveau)

Cette sous-section rassemble les interventions chirurgicales pratiquées sur le patient.
Les entrées de cette section sont des entrées de type `procedure`, décrit dans (9), qui permettent d'identifier l'intervention réalisée mais également de la relier à une pathologie décrite ailleurs dans le document, si elle est présente.

TABLEAU 11 – STRUCTURATION DES DONNÉES DE LA SOUS-SECTION ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

Niv	Élément XML	card.	Contenu de l'élément ou valeur de l'attribut
0	***section***	[0..1]	

1	***templateId***	[2..2]	déclarations de conformité
			`<templateId root='1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.11'/>`
			`<templateId root='1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.12'/>`

1	***code***	[1..1]	Les attributs de l'élément <code> prennent les valeurs suivantes :
			`code=" 47519-4"`
			`displayName="Historique des interventions"`
			`codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"`
			`codeSystemName="LOINC"`

1	***title***	[0..1]	Titre de la sous-section. Fixé à `"Antécédents chirurgicaux"`
1	***text***	[1..1]	Partie narrative de la section
1	***entry***	[1..*]	Cette entrée consiste en un élément de type ***Procedure entry*** (1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.19) dont les spécifications, décrites dans (ASIP Santé, 2013), sont reprises ici sans contraintes spécifiques.

2.4.3.13.1.4. Sous-section Allergies et effets indésirables (sous-section de 2e niveau)

Cette section rassemble les données cliniques concernant les allergies et les réactions adverses auxquelles est sujet le patient. L'allergie/réaction est identifiée à partir d'un élément de type act qui précise son type (allergie/réaction due à un agent pharmaceutique, environnemental ou alimentaire)
Le type d'entrée utilisée dans cette section est du type Allergy and Intolerance Concern, décrit dans (9).

TABLEAU 12 – STRUCTURATION DES DONNÉES DE LA SOUS-SECTION ALLERGIES ET EFFETS INDÉSIRABLES

Niv	Élément XML	card.	Contenu de l'élément ou valeur de l'attribut
0	**section**	[0..1]	***Sous-section Allergies et effets indésirables***

1	**templateId**	[2..2]	déclarations de conformité
			`<templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.13"/>`
			`<templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.2"/>`

1	**code**	[1..1]	Les attributs de l'élément <code> prennent les valeurs suivantes : • `code="48765-2"` • `displayName=" Allergies, effets indésirables, alertes "` • `codeSystem=" 2.16.840.1.113883.6.1"` • `codeSystemName="LOINC"`
1	**title**	[0..1]	Titre de la sous-section. Fixé à «Allergies, effet indésirables, alertes»
1	**text**	[1..1]	Partie narrative de la section
1	**entry**	[1..*]	Cette entrée consiste en un élément de type ***Allergy and Intolerance Concern*** (1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.5.3) dont les spécifications, décrites dans (ASIP Santé, 2013), sont reprises ici sans contraintes spécifiques.

EXEMPLE 17 – STRUCTURATION DE LA SOUS-SECTION ALLERGIE ET EFFETS INDÉSIRABLES

```
<component>
   <section>
      <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.2"/>
      <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.13"/>
         <code code="48765-2" displayName=" Allergies, effets indésirables, alertes"
               codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
         <title>Allergies, Intolérances médicamenteuses, Effets indésirables</title>
         <text>Partie narrative de la section</text>
         <!-- 1..* éléments Allergy and Intolerance Concern -->
         <entry>
            <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
               <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.5.3"/>
                     :
            </act>
         </entry>
             :
   </section>
</component>
```

2.4.3.13.2. Sous-section Facteurs de risque (sous-section de 1er niveau)

Cette sous-section rassemble les facteurs pouvant influer sur la santé du patient dus au mode de vie (alcool, tabac, obésité), aux antécédents familiaux ou à la profession.

Cette sous-section comporte :

■ un composant **text conditionnel** :

• L'élément text est requis si aucune des 3 sous-sections optionnelles n'est présente. Dans ce cas le contenu de la section est intégralement non structuré.

• L'élément text est interdit si les 3 sous-sections optionnelles sont présentes. En effet, chacune est porteuse de son propre texte en plus de ses données structurées. Ce cas correspond à la structuration maximale de cette section.

• Dans les autres cas, l'élément text peut être présent et il porte le texte correspondant à une ou plusieurs sous-sections optionnelles absentes.

■ **3 sous-sections optionnelles** qui permettent si on les utilise, la structuration des données :

• `Habitus, mode de vie` ;

• `Facteurs de risque professionnels` ;

• `Antécédents familiaux`.

TABLEAU 13 – STRUCTURATION DES DONNÉES DE LA SECTION FACTEURS DE RISQUE

Niv	Élément XML	card.	Contenu de l'élément ou valeur de l'attribut
0	**section**	[1..1]	***Section Facteurs de risque***
1	**templateId**	[1..1]	déclaration de conformité `<templateId root="1.2.250.1.213.1.1.2.31"/>`
1	**code**	[1..1]	Les attributs de l'élément <code> prennent les valeurs suivantes : • `code="57207-3"` • `displayName="Facteurs de risque présents ou passés affectant l'état de santé et/ou une circonstance"` • `codeSystem=" 2.16.840.1.113883.6.1"` • `codeSystemName="LOINC"`
1	**title**	[0..1]	Titre de la sous-section. Fixée à `"Facteurs de risque"`
1	**text**	[0..1]	Partie narrative de la section
1	**component**	[0..1]	
2	**section**	[0..1]	***Sous-section Habitus, mode de vie***

3	**templateId**	[2..2]	déclarations de conformité
			`<templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.16"/>`
			`<templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.16.1"/>`

1	**component**	[0..1]	
2	**section**	[0..1]	***Sous-section Facteurs de risque professionnels***
3	**templateId**	[1..1]	déclaration de conformité `<templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.1.5.3.1"/>`
1	component	[1..1]	
2	section	[0..1]	***Sous-section Antécédents familiaux***
3	templateId	[1..1]	déclaration de conformité `<templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.16.1 "/>`

EXEMPLE 18 – STRUCTURATION DE LA SOUS-SECTION FACTEURS DE RISQUE

```
<component>
    <section>
        <templateId root="1.2.250.1.213.1.1.2.31"/>
        <code code="57207-3"
            codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
            displayName="Facteurs de risque présents ou passés affectant l'état de santé
                  et/ou une circonstance"
            codeSystemName="LOINC"/>
        <title>Facteurs de risque</title>
        <text>Partie narrative de la section</text>
        <component>
            <section>
            <!-- Sous-section Habitus/Mode de vie (optionnel) -->
                <templateId root='1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.16'/>
             <templateId root='1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.16.1'/>
            </section>
        </component>
        <component>
            <section>
            <!-- Sous-section Facteurs de risque professionnels (optionnel)-->
                <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.1.5.3.1"/>
            </section>
        </component>
        <component>
            <section>
            <!-- Sous-section Antécédents Familiaux (optionnel) -->
                <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.15"/>
            </section>
        </component>
    </section>
</component>
```

2.4.3.13.2.1. Sous-section Habitus, mode de vie (sous-section de 2e niveau)

Cette sous-section rassemble les éléments du mode de vie pouvant influer sur la santé du patient dus à son mode de vie (alcool, tabac, obésité).

L'entrée utilisée par cette sous-section est du type `Social History Observation`, décrit dans (9).

TABLEAU 14 – STRUCTURATION DES DONNÉES DE LA SOUS-SECTION HABITUS/MODE DE VIE

Niv	Élément XML	card.	Contenu de l'élément ou valeur de l'attribut
0	**section**	[0..1]	Sous-section Habitus/Mode de Vie (Coded Social History)

1	**templateId**	[2..2]	**2 déclarations de conformité** sont requises (CCD et PCC)
			`<templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.16"/>`
			`<templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.16.1"/>`

1	**code**	[1..1]	Les attributs de l'élément <code> prennent les valeurs suivantes : • `@code="29762-2"` • `@displayName="Historique social"` • `@codeSystem=" 2.16.840.1.113883.6.1"` • `@codeSystemName="LOINC"`
1	**title**	[0..1]	Titre de la section. Fixé à `"Mode de vie"`
1	**text**	[1..1]	Partie narrative de la section
1	**entry**	[1..*]	Cette entrée consiste en un élément de type ***Social History Observation*** (1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.13.4) dont les spécifications, décrites dans (ASIP Santé, 2013), sont reprises ici sans contraintes spécifiques.

EXEMPLE 19 – STRUCTURATION DE LA SOUS-SECTION HABITUS/MODE DE VIE

```
<component>
   <section>
      <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.16"/>
      <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.16.1"/>
      <code code="29762-2" displayName="Historique social"
         codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
      <title>Mode de vie</title>
      <text>
         Partie narrative de la section
      </text>
      <!-- 1..* Social History Observation -->
      <entry>
         <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
            <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.33"/>
            <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.13.4"/>
                :
         </observation>
      </entry>
          :
   </section>
</component>
```

2.4.3.13.2.2. Sous-section Facteurs de risque professionnels (sous-section de 2e niveau)

Cette sous-section rassemble les conditions professionnelles qui peuvent avoir une incidence sur la santé du patient.

Cette section ne présente pas d'entrée, se limitant à un élément narratif.

TABLEAU 15 - STRUCTURATION DES DONNÉES DE LA SOUS-SECTION FACTEURS DE RISQUE PROFESSIONNELS

Niv	Élément XML	card.	Contenu de l'élément ou valeur de l'attribut
0	**section**	[0..1]	
1	**templateId**	[1..1]	déclaration de conformité <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.1.5.3.1"/>
1	**code**	[1..1]	Les attributs de l'élément <code> prennent les valeurs suivantes : • code="10161-8" • displayName=" Historique de l'exposition professionnelle " • codeSystem=" 2.16.840.1.113883.6.1" • codeSystemName="LOINC"
1	**title**	[0..1]	Titre de la sous-section. Fixé à « Facteurs de risque professionnels »
1	**text**	[1..1]	Partie narrative de la section

EXEMPLE 20 – STRUCTURATION DE LA SOUS-SECTION FACTEURS DE RISQUE PROFESSIONNELS

```
<component>
   <section>
      <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.1.5.3.1"/>
      <id root="BC6A2067-884F-4D55-8B27-E8C2BE276F29"/>
      <code code="10161-8" displayName="Historique de l'exposition professionnelle"
         codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
      <title>Facteurs de risque professionnels</title>
      <text> Partie narrative de la section</text>
   </section>
</component>
```

2.4.3.13.2.3. Sous-section Antécédents familiaux (sous-section de 2e niveau)

Cette sous-section rassemble les antécédents familiaux pouvant influer sur l'état de santé du patient.

L'entrée utilisée dans cette section est `Family History Organizer`, décrite dans (9).

TABLEAU 16 – STRUCTURATION DES DONNÉES DE LA SOUS-SECTION ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Niv	Élément XML	card.	Contenu de l'élément ou valeur de l'attribut
0	**section**	[0..1]	
1	**templateId**	[2..2]	déclarations de conformité <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.14"/> <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.15"/>
1	**code**	[1..1]	Les attributs de l'élément <code> prennent les valeurs suivantes : • code="10157-6 • displayName="Historique des pathologies familiales" • codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" • codeSystemName="LOINC"
1	**title**	[1..1]	Titre de la sous-section. Fixé à « Antécédents familiaux »
1	**text**	[1..1]	Partie narrative de la section
1	**entry**	[1..*]	Cette entrée consiste en un élément de type ***Family History Organizer*** (1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.15) dont les spécifications, décrites dans (ASIP Santé, 2013), sont reprises ici sans contraintes spécifiques. Il s'agit d'une structure permettant un groupement d'observations concernant le membre de la famille.

EXEMPLE 21 – STRUCTURATION DE LA SOUS-SECTION ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

```
<component>
   <section>
      <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.14"/>
      <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.15"/>
      <code code="10157-6" displayName="Historique des pathologies familiales"
         codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
      <title>Antécédents Familiaux</title>
      <text>Partie narrative de la section</text>
      <!-- 1..* Family History Organizer -->
      <entry>
         <organizer classCode="CLUSTER" moodCode="EVN">
            <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.15"/>
                :
            <!-- 1..* Family History Observation -->
            <component typeCode="COMP">
               <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
                  <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.13.3"/>
                        :
               </observation>
            </component>
                :
         </organizer>
      </entry>
          :
   </section>
</component>
```

2.4.3.1. Section Résultats

Cette section constitue un résumé des éléments importants dans le contexte de la maladie. Cette section peut comprendre un traitement (médicamenteux ou non) ponctuel mais significatif et/ou des résultats d'examens particulièrement significatifs et/ou des commentaires

Cette section **obligatoire** ne comporte pas d'entrées, se limitant à une partie narrative.

TABLEAU 17 – STRUCTURATION DES DONNÉES DE LA SECTION RÉSULTATS

Niv	Élément XML	card.	Contenu de l'élément ou valeur de l'attribut
0	**section**	[1..1]	
1	**templateId**	[2..2]	déclaration de conformité `<templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.27"/>`

1	**code**	[1..1]	Les attributs de l'élément <code> prennent les valeurs suivantes :
			`code="30954-2"`
			`displayName=" Résumé des investigations pratiquées "`
			`codeSystem=" 2.16.840.1.113883.6.1"`
			`codeSystemName="LOINC"`

1	**title**	[0..1]	Titre de la section. Fixé à `"Points de vigilance"`
1	**text**	[1..1]	Partie narrative de la section

EXEMPLE 22 – STRUCTURATION DE LA SECTION RÉSULTATS

```
<component>
   <section>
      <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.27"/>
      <code code="30954-2" displayName="Résumé des investigations pratiquées"
         codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
      <title>Points de vigilance</title>
      <text>Partie narrative de la section</text>
   </section>
</component>
```

2.4.3.2. Section Traitement au long cours

Dans le cadre de ce volet, un traitement au long cours est un traitement que le patient est supposé prendre de façon ininterrompue. Il ne s'agit donc pas uniquement de traitement en rapport avec une pathologie chronique, comme par exemple : contraception orale, antipaludéen (préventif), pénicilline après splenectomie, etc.

Cette section comporte :

- un composant text conditionnel : Le composant text est présent si et seulement si la sous-section Medications est absente.
- une sous-section **optionnelle**, `Medications` qui permet si on l'utilise, la structuration des données du traitement.

TABLEAU 18 – STRUCTURATION DE LA SECTION TRAITEMENT AU LONG COURS

Niv	Élément XML	card.	Contenu de l'élément ou valeur de l'attribut
0	**section**	[1..1]	
1	**templateId**	[1..1]	déclaration de conformité `<templateId root="1.2.250.1.213.1.1.2.32"/>`
1	**code**	[1..1]	Les attributs de l'élément <code> prennent les valeurs suivantes : • `code="18776-5"` • `displayName="Plan de traitement"` • `codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"` • `codeSystemName="LOINC"`
1	**title**	[0..1]	Titre de la section. Fixée à `"Traitements au long cours"`
1	**text**	[1..1]	Partie narrative de la section
1	**component**	[0..1]	
2	**section**	[1..1]	**Sous-section Medications**

2.4.3.2.1. Sous-section Médications (sous-section de 1er niveau)

Dans le contexte spécifique du VSM, La partie narrative de la section `Traitement au long cours` se substitue à celle de sa sous-section `Médications`, qui est omise.

Cette sous-section utilise des entrées de type `Medications`, décrite dans (ASIP Santé, 2013).

TABLEAU 19 – STRUCTURATION DE LA SECTION MÉDICATIONS

Niv	Élément XML	card.	Contenu de l'élément ou valeur de l'attribut
0	**section**	[1..1]	Sous-section Médications
1	**templateId**	[2..2]	Déclarations de conformité <templateId root="1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.19"/> <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.8"/>
1	**code**	[1..1]	Les attributs de l'élément <code> prennent les valeurs suivantes : • code="10160-0" • displayName="Historique de la prise médicamenteuse " • codeSystem=" 2.16.840.1.113883.6.1" • codeSystemName="LOINC"
1	**title**	[0..1]	Titre de la sous-section. Fixé à "Médications"
1	**entry**	[1..*]	Cette entrée consiste en un élément de type ***Medications*** (1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.7) dont les spécifications, décrites dans (ASIP Santé, 2013), sont reprises ici sans contraintes spécifiques.

EXEMPLE 23 – STRUCTURATION DE LA SECTION TRAITEMENT AU LONG COURS

```
<component>
   <section>
      <templateId root="1.2.250.1.213.1.1.2.32"/>
      <id root="8eb396a9-79a4-4716-bf9d-38f5ce2652e3"/>
      <code code="18776-5" displayName="Plan de traitement"
         codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
      <title>Traitement au long cours</title>
      <text></text>
      <!-- sous-section Médication -->
      <component>
         <section>
            <templateId root="1.2.250.1.213.1.1.2.32"/>
            <id root="e66eddb1-a7bd-4b5d-8420-1b6d4dd38522"/>
            <code code="10160-0" displayName="Historique de la prise médicamenteuse"
               codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
            <title>Médications</title>
            <!-- 1..* entrées type Medications -->
            <entry>
               <substanceAdministration>
                     :
               </substanceAdministration>
            </entry>
                :
         </section>
      </component>
   </section>
</component>
```

2.5. Dispositions de Sécurité

Le présent volet s'appuie intégralement sur les dispositions de sécurité décrites en section 4 de (2).

2.5.1. Imputabilité et intégrité du compte rendu

L'imputabilité du contenu d'une synthèse médicale est gérée par la signature électronique apposée par le Responsable du document, identifié dans l'élément ClinicalDocument/LegalAuthenticator.

Pour les spécifications techniques de cette signature, se reporter à la section 4 de (2).

3. ANNEXES

3.1. Comparaison de l'ensemble des synthèses analysées

	Traitements	Allergie & intol. médic.	Problèmes en cours (active problems)	ATCD personnels
Décision groupe partenaires conventionnels 22/03/2012	au long cours	Problèmes en cours et ATCDs personnels (dont allergies&intol. med.) et Facteurs de risque		
Synthèse AM 17/11/2011	au long cours	(dans ATCDs perso)		
Partenaires conventionnels / FEIMA				
Guide d'implémentation du Volet Médical au format HL7 CDA R2N3				
RACGP				
CPSO				
Integrated summary AAFP				
ECS Ecossais				
SCR UK				
SCR UK élargi				
epSOS basic				
epSOS extended				
SumEHR belge				
Minimum data set Finlande				
NPÖ Suédois				
Medical summary at very least IHE PCC				
Referal summary IHE PCC				Si dispo
Exchange Clinical Information and Patient Summary Record (US)				
ASIP Santé (cadre interopérabilité SIS modèle contenu)	Medication	Allergies et Intol.	Pathologie courante	ATCD médicaux ATCD chir

ATCD Familiaux	Histoire sociale/ Habitus	Faits marquants	Vaccination	Résultat d'examen	Plan de soins	Autre
		Points de vigilance				
		Faits marquants et propositions thérapeutiques au cours de l'année		Principales constantes		
					Sign. Ther & ttt plan	
						Pregnancy Hx
						Nursing data +Synthèses spé
Si dispo	Si dispo		Si dispo	Si dispo	Si dispo	Reason referal/ hist. present illness
ATCD familiaux	Habitus/ Mode de vie		Vaccinations	Résultats d'examen	Plan de soins	

3.2. Listes des tables du document

Tableau 1 - Comparaison de la valeur d'usage arrêtée par rapport à celles de la littérature analysée 8
Tableau 2 - Spécifications fonctionnelles du Volet de Synthèse Médicale 17
Tableau 3 - Correspondances entre les spécifications cliniques de la HAS et le CI-SIS de l'ASIP Santé 18
Tableau 4 - Éléments constituant la déclaration de conformité du document VSM 19
Tableau 5 - Composition de la sous-section Facteurs de risque 27
Tableau 6 - Sections utilisées dans le modèle de document VSM 28
Tableau 7 - Structuration des données de la section Pathologies en cours, antécédents, allergies et facteurs de risque 32
Tableau 8 - Structuration des données de la sous-section Pathologies en cours, antécédents, allergies 33
Tableau 9 - Structuration des données de la sous-section Pathologies actives 34
Tableau 10 - Structuration des données de la sous-section Antécédents médicaux 35
Tableau 11 - Structuration des données de la sous-section Antécédents Chirurgicaux 36
Tableau 12 - Structuration des données de la sous-section Allergies et effets indésirables 36
Tableau 13 - Structuration des données de la section Facteurs de risque 37
Tableau 14 - Structuration des données de la sous-section Habitus/mode de vie 38
Tableau 15 - Structuration des données de la sous-section Facteurs de risque professionnels 39
Tableau 16 - Structuration des données de la sous-section Antécédents familiaux 40
Tableau 17 - Structuration des données de la section Résultats 41
Tableau 18 - Structuration de la section Traitement au long cours 41
Tableau 19 - Structuration de la section Médications 42

3.3. Listes des exemples du document

Exemple 1 - Déclaration de conformité au modèle VSM pour un document CDA 20
Exemple 2 - Type du document VSM 20
Exemple 3 - Identification et coordonnées du patient dans l'élément patientRole 21
Exemple 4 - Identification et coordonnées du médecin traitant à partir d'un élément participant 22
Exemple 5 - Identification du patient comme la source de l'information (urticaire) 23
Exemple 6 - Identification de l'auteur du document 23
Exemple 7 - Identification de l'organisation chargée de la conservation du document 24
Exemple 8 - Identification du signataire du document 24
Exemple 9 - Acte documenté par le document 25
Exemple 10 - Remplacement d'un document d'UUID donné 25
Exemple 11 - Précisions sur les circonstances de la prise en charge 26
Exemple 12 - Structuration générale d'un document VSM 30
Exemple 13 - Structuration de la section Pathologies en cours, antécédents, allergies et facteurs de risque 32
Exemple 14 - Structuration de la sous-section Pathologies en cours, antécédents et allergies 34
Exemple 15 - Structuration de la sous-section Pathologies actives 35
Exemple 16 - Structuration de la sous-section Antécédents Médicaux 35
Exemple 17 - structuration de la sous-section Allergie et effets indésirables 37
Exemple 18 - Structuration de la sous-section Facteurs de risque 38
Exemple 19 - Structuration de la sous-section Habitus/Mode de vie 39
Exemple 20 - Structuration de la sous-section Facteurs de risque professionnels 39
Exemple 21 - Structuration de la sous-section Antécédents Familiaux 40
Exemple 22 - Structuration de la section Résultats 41
Exemple 23 - Structuration de la section Traitement au long cours 42

3.4. Documents fournis avec le volet VSM

a. Exemples complets au format CDA :
localisation : \testContenuCDA\

- VSM_CDA.xml - Exemple complet de document VSM, avec une fine granularité de structuration.
- VSM_CDA_AutoPrez_n3.xml - Exemple complet de document VSM avec une fine granularité de structuration, une présentation personnalisée par le producteur, et la signature du médecin responsable du document.

b. Fichier schematron permettant d'effectuer la validation du contenu du VSM :
localisation : \testContenuCDA\schematrons\

- CI-SIS_VSM_CDA_n3.sch

c. fichiers schematron correspondant aux sections créées par ce volet :
localisation : \testContenuCDA\schematrons\include\sections\
- pathAntAllFdR20130312.sch
- pathAntAll20130312.sch
- FdR20130312.sch
- results20120530.sch
- traitementLC20120530.sch

d. fichiers schematron correspondant aux entrées de ce volet :
localisation : \testContenuCDA\schematrons\include\sections\entries
- VSM_problemEntry20120827.sch

e. Fichiers correspondant aux jeux de valeurs utilisés :
Fichiers de définition des jeux de valeurs :
localisation : \testContenuCDA\schematrons\include\
- VSM_routeOfAdministration20120830.sch
- humanSubstanceAdministrationSite20120830.sch

Fichiers contenant les jeux de valeurs :
localisation : \testContenuCDA\jeuxDeValeurs\
- CI-SIS_jdv_humanSubstanceAdministrationSite.xml
- CI-SIS_jdv_routeOfAdministration.xml

Ces éléments font partie du dossier testContenuCDA, téléchargeable sur la page d'accueil du CI-SIS dans le Répertoire National des Référentiels sur le site www.esante.gouv.fr de l'ASIP Santé.

3.5. Maquette de formulaire de saisie du VSM

La maquette de saisie VSM a été réalisée en se fondant sur les spécifications métier définies par le Volet de Synthèse Médicale (VSM), lui-même issu des spécifications métier de la Haute Autorité de Santé portant sur la synthèse médicale.
Son but est de proposer une interface de saisie afin de compléter, par une visualisation des éléments du VSM, les travaux de structuration menés par l'ASIP Santé dans ce domaine.
Cette maquette permettra le cas échéant, d'affiner l'analyse de la pertinence des éléments métier retenus pour le VSM afin de parvenir ultérieurement à une configuration optimale du contenu du volet.
La maquette de saisie VSM a été réalisée en langage HTML.

Ce faisant, un certain nombre de limitations ont été relevées, toutes liées directement à l'utilisation d'HTML. On retient principalement :
- Pas de création de listes dynamiques.
  HTML ne permettant pas la gestion dynamique de listes dynamiques, (comme par exemple le regroupement dans un tableau au fur et à mesure de leur saisie, des traitements pris par un patient) d'autres options de représentation des données ont dû être prises pour traiter cet élément.
- Pas de lien avec les nomenclatures.
  La mise en relation de bases de données avec le formulaire de saisie VSM n'a pu être réalisée ici également du fait des limitations du langage HTML. Ceci a entraîné l'impossibilité de réaliser des recherches sur les terminologies (CIM-10, SNOMED 3.5, CCAM, CIS) afin de coder certains éléments du formulaire. Cette question a été « réglée » en permettant une saisie manuelle systématique là où une recherche terminologique aurait du être faite.
  De plus, ne possédant pas de licence d'exploitation pour l'ensemble des nomenclatures utilisées dans ce formulaire, leur mise en œuvre, même dans le cadre d'une démonstration, aurait nécessité des délais supplémentaires pour obtenir les autorisations requises.
- Pas de stockage de données.
  Le choix d'HTML pour représenter les données ne permet pas de stocker les données saisies lors de l'utilisation sur une base de données, permettant ensuite de les récupérer et renseigner les champs déjà saisis.

L'utilisation du langage PHP associé à une base de données de type SQLite® ou mySQL® resoudrait en grande partie ces problèmes posés tout en rendant le projet plus démonstratif, mais donnerait également à ce projet une dimension de développement qui dépasserait très sensiblement ses buts initiaux.
Le mode d'utilisation de la maquette de formulaire de saisie du VSM est présenté ci-dessous.
Le démarrage de la maquette se fait par double-clic sur le fichier *index.html*.

Note : Des erreurs d'affichage peuvent survenir lors de l'utilisation de la maquette avec des navigateurs Internet autres que FireFox® et Safari®.

3.5.1. Écran d'accueil

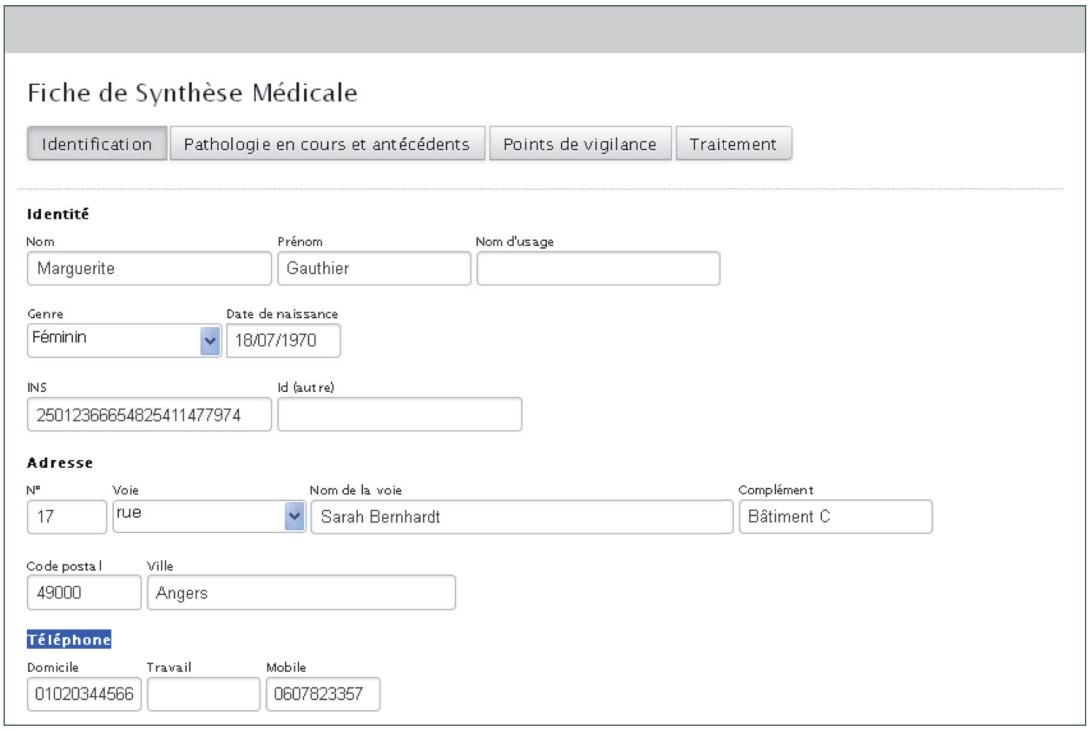
L'écran d'accueil propose l'accès aux quatre grands chapitres de la synthèse médicale à partir d'un groupe de boutons qui restera constamment présent à l'écran pour la navigation au travers du document.

Cet écran d'accueil rappelle l'identification du médecin ainsi que l'horodatage de la mise à jour qui est celle de la date du jour.

Fiche de Synthèse Médicale
Docteur Marie Decourcy – RPPS : 10001463604
12, Av. de Breteuil
75007 – PARIS
Tél.: +33 (0) 6 76 96 44 30
marie.decourcy@email.com
Dernière mise à jour le 03/01/2013 17:37:21
Identification
Pathologie en cours et antécédents
Points de vigilance
Traitement

3.5.2. Identification

Les champs utilisés dans cet écran permettent de saisir tous les éléments d'identification du patient requis dans le format CDA. Ce sont essentiellement des champs de type texte à saisie manuelle en dehors des champs établissant le genre, du type de voie de l'adresse du patient.



3.5.3. Pathologie en cours et antécédents

L'écran "Pathologie en cours et antécédents" présente une nouvelle rangée de boutons qui permettent d'accéder aux sous-chapitres de cette section.
Ce sont :

- Pathologie active,
- Allergies, intolérances,
- Antécédents,
- Facteurs de risques.

L'écran par défaut de cette section est l'écran Pathologie active.

3.5.3.1. Écran Pathologie Active

Cet écran propose de saisir la ou les pathologies dont le patient souffre au moment de la réalisation de la synthèse.

Notons que ces éléments ne constituent pas nécessairement le motif de la consultation au cours de laquelle le médecin traitant réalise sa synthèse. Il s'agit des pathologies, traitées ou non, en phase active du patient.

Pour saisir une pathologie active il faut :

■ Dater le début de l'affection en renseignant le champ Date.

■ Caractériser l'affection identifiée à partir du menu déroulant Type de l'observation, c'est-à-dire préciser s'il s'agit :

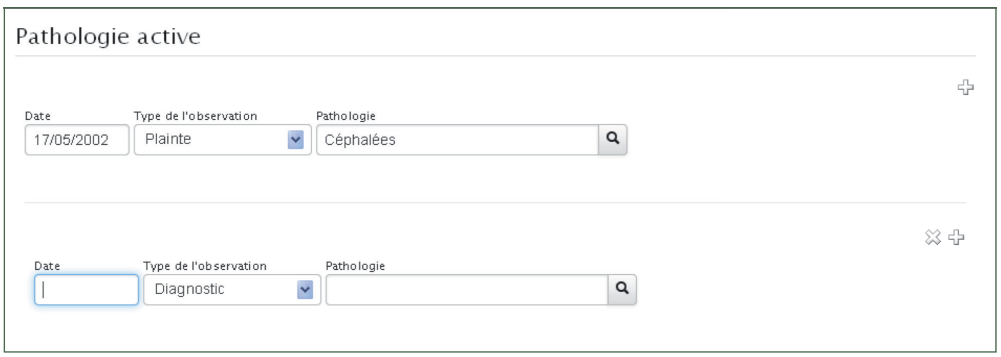
- d'une condition pré-existante,
- d'un symptôme,
- d'une conclusion d'investigation,
- d'une plainte,
- d'un trouble fonctionnel,
- d'un problème,
- d'un diagnostic.

■ Identifier l'affection. Cette identification se fait à partir du champ de recherche Pathologie, la recherche devant s'effectuer sur la nomenclature CIM-10 ou SNOMED 3.5.

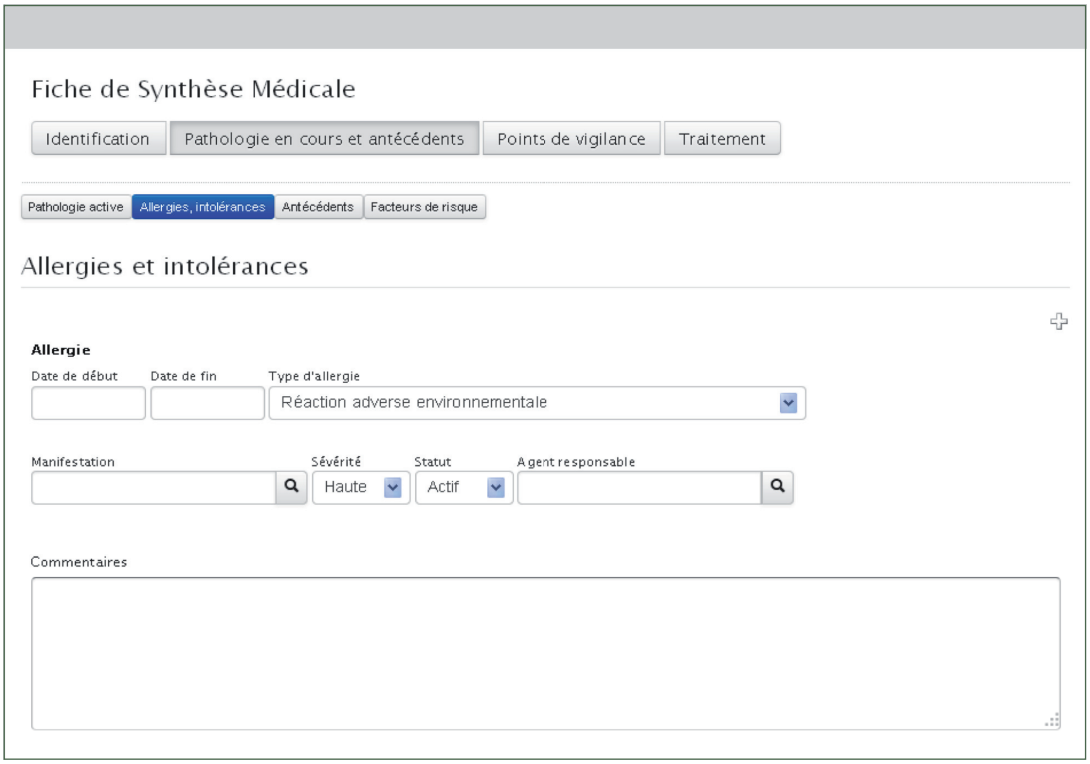
Pour des raisons qui seront discutées plus loin, cette recherche est actuellement désactivée et l'identification ne se fera que de façon manuelle.

L'icône ✚ située à l'extrémité droite du groupe de champs de saisie permet, lorsqu'on clique dessus d'ajouter une ligne de saisie supplémentaire, où l'on pourra saisir une pathologie supplémentaire du patient.

L'icône ✖ permet de supprimer ce nouvel ajout.



3.5.3.2. Écran Allergies, intolérances



L'écran Allergies, Intolérances permet de caractériser une allergie en fournissant des renseignements sur :

■ Le type de l'allergie constatée, à partir du menu déroulant Type d'allergie, pouvant s'agir de :

• Hypersensibilité immunologique suite à une exposition,
• Réaction adverse suite à une exposition,
• Allergie à un produit pharmaceutique,
• Allergie autre qu'un médicament ou aliment,
• Allergie alimentaire,
• Réaction adverse à un médicament,
• Réaction adverse environnementale,
• Réaction adverse à un aliment,
• Hypersensibilité non immunologique à médicament,
• Hypersensibilité non immunologique environnementale,
• Hypersensibilité non immunologique à aliment.

■ Le type de manifestation observée à partir du champ de recherche Manifestation dans les nomenclatures CIM-10 ou SNOMED 3.5 (cf. supra).

■ La sévérité de la réaction à partir du menu déroulant Sévérité :

• Haute,
• Modérée,
• Basse.

■ Le statut de l'allergie à partir du menu déroulant Statut :

• Actif,
• Inactif,
• Chronique,
• Intermittent,
• Récurrent,
• Résolu.

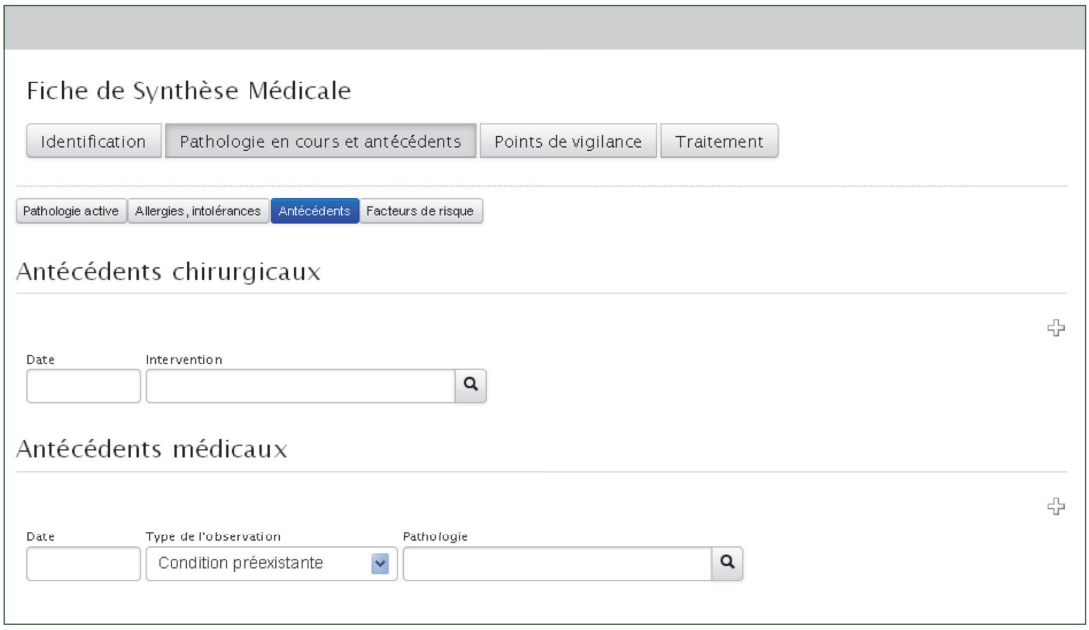
■ L'agent responsable à partir du champ de recherche sur SNOMED 3.5 ou sur la nomenclature médicamenteuse CIS_Composant dans le cas où il s'agit d'une intolérance médicamenteuse.

■ Un groupe de champs de date permet de dater les épisodes allergiques.

Ajouter ou supprimer des groupes de saisie est possible à partir des boutons .

■ Un champ de commentaires permet d'apporter des précisions supplémentaires à propos de l'allergie sur l'ensemble de la section.

3.5.3.3. Écran Antécédents



Le principe de la saisie des informations concernant les antécédents médicaux et chirurgicaux est le même avec pour les deux champs :

- **Antécédents chirurgicaux**

• Datation de l'intervention à partir du champ de saisie Date,

• Identification de l'intervention à partir du champ de recherche Intervention sur la nomenclature CCAM,

• Gestion des ajouts ou suppressions avec les boutons .

- **Antécédents médicaux**

• Datation du début de la maladie à partir du champ de saisie Date,

• Caractérisation de la pathologie à partir du menu déroulant Type de l'observation,

• Identification de la pathologie à partir du champ de recherche Pathologie sur la nomenclature CIM-10,

• Gestion des ajouts ou suppressions avec les boutons .

3.5.3.4. Écran Facteurs de risque

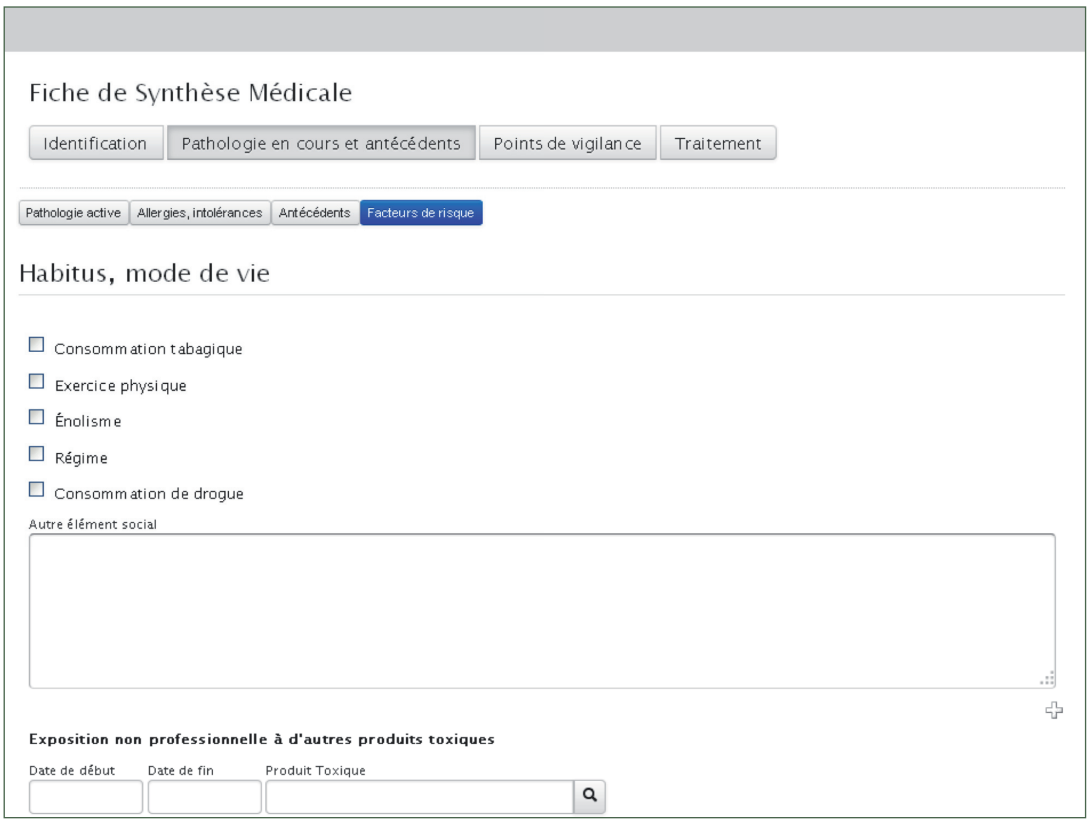
Les facteurs de risque s'articulent en trois parties que sont

● **Habitus, Mode de vie**

L'écran de saisie Habitus, Mode de vie propose une saisie d'éléments booléens à partir des boîtes à cocher :

• Consommation tabagique,
• Exercice physique,
• Enolisme,
• Régime,
• Consommation de drogues.

Un champ commentaires permet d'apporter des précisions par rapport à ces éléments.



Un groupe de champs de saisie répétable permet de noter des périodes éventuelles d'exposition à des produits toxiques en dehors d'un contexte professionnel (typiquement, phases de consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues) :

• Datation de la période d'intoxication,
• Produit toxique (champ de recherche) sur la nomenclature SNOMED 3.5.

● **Facteurs de risque professionnel :**

L'écran de saisie des facteurs de risque professionnels consiste en un champ de saisie texte libre.

● **Antécédents familiaux**

La saisie des antécédents familiaux utilise un groupe de champs de saisie permettant de déterminer

■ La date d'une affection dont est atteint le membre de la famille.

■ Le type de pathologie rapportée, c'est-à-dire préciser s'il s'agit :

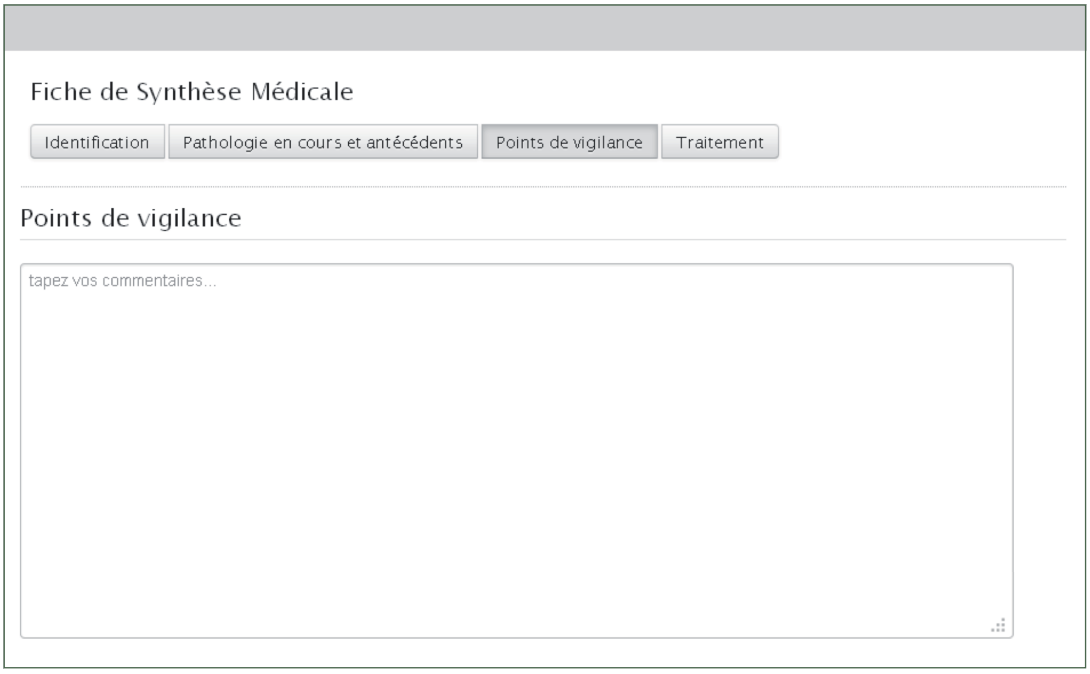
• d'une condition pré-existante,
• d'un symptôme,
• d'une conclusion d'investigation,
• d'une plainte,
• d'un trouble fonctionnel,
• d'un problème,
• d'un diagnostic.

■ Le lien de parenté avec le patient à partir du menu déroulant proposant un choix parmi les ascendants et les descendants du patient (jeu de valeurs HL7 PersonalRelationshipRoleType).

■ Pathologie à partir du champ de recherche Pathologies sur les nomenclatures SNOMED 3.5 ou CIM-10.

■ Gestion des ajouts ou suppressions avec les boutons.

3.5.4. Écran Points de vigilance



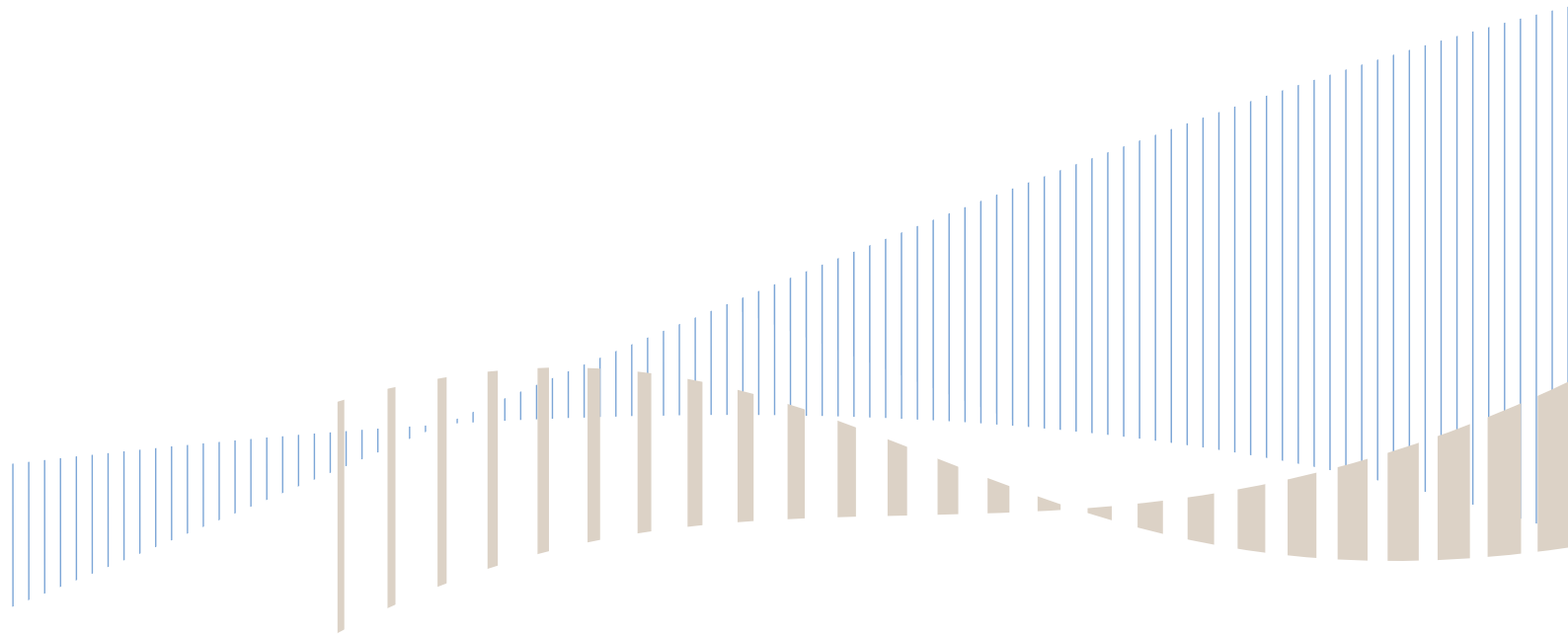
Les points de vigilance sont des points ajoutés par le médecin traitant, dans un format textuel, pour attirer l'attention sur les points importants de l'état de santé de son patient.

3.5.5. Écran Traitement

L'écran de saisie Traitement porte un groupe de saisie répétable permettant de saisir le traitement au long cours du patient.
Ce groupe de saisie consiste en :

- Saisie du médicament à partir du champ de recherche Médicament sur la nomenclature CIS (Code Identifiant de Spécialité).
- Saisie manuelle du nombre d'unités de produit par prise à partir du champ Prise.
- Saisie de la forme galénique du médicament à partir du menu déroulant Forme (quelques formes seulement y sont figurées).
- La période de prise à partir du champ x (Période)
- L'unité de temps de la période à partir du menu déroulant Unité.
- Le temps du traitement à partir des deux champs date Début trait. Et Fin trait.

La gestion des ajouts ou suppressions se fait à partir des boutons .



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

asipsanté

AGENCE DES SYSTÈMES
D'INFORMATION
PARTAGÉS DE SANTÉ

9, rue Georges-Pitard
75015 Paris
Tél. : 01 58 45 32 50
www.esante.gouv.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Haute Autorité de santé
2, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : 01 55 93 70 00
www.has-sante.fr